DOENÇA E SISTEMA SOCIAL

ARTHUR GUIRDHAM

M.A., D.M., B.A., BACHAREL EM ARTES B.SC BACHARÉL EM CIÉNCIAS

Tradução de

AMADEU ANTÓNIO

DOENÇA E SISTEMA SOCIAL

Arthur Guirdham

M.A., D.M., B.Sc. (Oxon.) — *Mestre em Artes; Doutor em Medicina; Bacharel em Ciências (Universidade de Oxford).* D.P.M. (Londres) — *Diploma em Medicina Psicológica.*

Índice

Introdução: MARCOS HISTÓRICOS
Livro Um
DOENÇA E PERSONALIDADE
Capítulo
1. Doença e Personalidade
2. As Causas Emocionais da Doença Física
3. Constituição Física e Doença
4. Doença e Postura
5. Disfunção Sexual e Doença Física

Livro Dois
A NATUREZA NEUROPÁTICA DA DOENÇA
6. A Doença como Variável Social
7. Neurótica, Funcional e Orgânica
8. A Doença como Desarmonia. O Sistema Nervoso Autónomo
9. A Origem Neuropática da Doença

Livro Três
FACTORES SOCIAIS, ESPIRITUAIS E SENSUAIS
10. Patologia Social
11. Factores Sensuais na Doença
12. Factores Espirituais na Doença
13. Neurose e a Hereditariedade dos Traços de Carácter

ÍNDICE
Livro Quatro
A COMÉDIA DOS ERROS
Capítulo
«Lead, Kindly Light.» Formação Médica
15. A Arte da Medicina e o Culto da Violência
16. Organização Médica
17. A Natureza da Saúde
18. Sinais Indicadores

MARCOS HISTÓRICOS

HIPÓCRATES salientou a importância de factores sociais, e até espirituais, na doença. A perda de memória é geralmente breve quando se trata de trivialidades. A verdade encontra-se sepultada nas camadas mais profundas da memória. Hipócrates morreu em 357 a.C.

O conhecimento é como a lua. Parece inatingível. Tal como a lua, cresce e mingua.

Este capítulo não é um camafeu da história da medicina. Aponta apenas alguns marcos e alguns erros grosseiros da filosofia médica.

A abordagem grega variou conforme as épocas. Tinha, contudo, um fundamento imutável. O homem era estudado como um mecanismo total. Era o indivíduo que adoecia. O padrão da doença era determinado pela natureza da sua vítima. Hipócrates não estudava uma entidade acrescentada e meio etérea chamada doença, mas a unidade indivisível do homem a reagir a ela. Doente, doença e médico fundiam-se numa tríade indissolúvel. O tratamento dependia deste conceito.

Esta atitude cristalizou-se na conceção aristotélica dos temperamentos humanos. Cada um, na doença, era propenso à sua própria patologia e ao seu complexo sintomático. Lemos fragmentos atenuados da história da medicina. Prestamos a nossa condescendente e fútil deferência ao conceito grego dos tipos bilioso e colérico. Fomos educados numa era bioquímica. A bioquímica é um fundamento essencial da nossa profissão. Mas conduziu a uma conceção da medicina em que o doente é um vórtice de produtos químicos. Estes circulam fortuitamente a caminho do tubo de ensaio. Esquecemo-nos de que cada ser humano possui a sua bioquímica particular. Julgamos precipitadamente Aristóteles com um sorriso espectral de escárnio.

A psique do homem é deformada e mutilada pela vaga da dor. O rapaz do laboratório conhece a resposta. A verdade está escondida num poço. Isto é discutível. Mas é inconcebível que a verdade resida num tubo de ensaio.

A Grécia morreu. A noite caiu. As velas continuaram acesas na Arábia. O dia chegou com o Renascimento. Foi uma época curiosa e insaciável. Da Vinci foi seu filho. Engenheiro, pintor, anatomista, viu também, através da cortina de fumo de dados incertos, as verdades que Harvey viria a classificar. Numa sociedade vitalizada por tais mentes, a medicina juntou-se à cruzada da explicação mecanicista. Dissecámos vorazmente o corpo humano. Rasgámos os primeiros véus da biologia humana. Não é a primeira vez que a medicina erra ao sucumbir

à infeção do pensamento dominante. Hoje veneramos o mamom da burocracia. Curvamo-nos em demasia perante a deusa semi-alienígena da ciência laboratorial. Aquilo que praticamos é uma arte.

Ainda assim, a medicina renascentista foi imensamente útil. Desenterrou, das camadas de conjetura nebulosa, os ossos nus e irrefutáveis da ciência médica. Tinha limitações. O tratamento permaneceu violento, bárbaro e letal.

A medicina do Renascimento ficou entre dois extremos. Conseguiu muito nas ciências que constituem a matéria-prima da arte médica. Ansiosa por colmatar a ausência de dados em falta, caiu em conjeturas selvagens e teorias intemperadas sobre a natureza da doença. Estes dois impulsos eram sintomáticos de uma época marcada pela experimentação intelectual, pela dúvida e pela violência. Um mundo assim, preocupado com a natureza e o destino do homem, poupava pouco tempo à dor e à frustração dos indivíduos. Esta época tem analogias com a Alemanha moderna. Encontramos aqui a aptidão técnica, a lógica clara e implacável na esfera da ciência, e o mesmo misticismo desordenado. Aqui também se manifesta o mesmo desprezo pelas dores dos homens, as mesmas teorias transtornadas sobre o destino humano num mundo alemão. O Renascimento foi uma época brilhante e brutal na ascensão do homem. O germanismo é uma era semelhante no seu caminho descendente.

O nosso próximo marco é a época de Sydenham. Foi o fantasma perseguidor de Hipócrates. Pintou as doenças com contornos claros e concisos. Viu-as como acumulações de sinais objetivos. Separou o real do conjetural. Foi menos do que Hipócrates. Faltava-lhe a visão universal. Via claramente as camadas superficiais da morbilidade. O seu olhar era exato, imparcial, mas pouco penetrante. Legou-nos o mosaico superficial de muitas doenças. Não se preocupou com a modelação da doença pela natureza das suas vítimas. Sugeriu a existência de causas ocultas.

Dois séculos mais tarde, essas causas foram estudadas. Fomos esclarecidos e escravizados pela brilhante e desastrosa moda de Pasteur. Iniciou a teoria germinal. Fundou a ciência da saúde pública. Não erigiu os primeiros marcos da medicina preventiva. A saúde pública preocupa-se com a eliminação em massa de factores adversos. Sob a sua égide, abrimos janelas e drenamos pântanos. Mas a medicina preventiva deve incluir também a proteção dos pontos vulneráveis inatos do indivíduo. Estes não se reduzem à simples ausência de corpos imunitários. A disposição dos homens determina a sua rutura perante doenças comuns não infeciosas, como a úlcera duodenal e o hipertiroidismo. A medicina preventiva deve investigar mais profundamente o tecido frágil da

personalidade humana. Até lá, não será mais do que uma pretensiosa criada da higiene.

A era de Pasteur foi extremamente produtiva. É evidentemente importante atribuir a difteria a um microrganismo específico. Estas infeções oferecem-nos algumas das poucas oportunidades de cura específica. Mas as doenças para as quais possuímos tratamentos específicos são lamentavelmente poucas. Além disso, embora seja importante identificar a infeção de uma minoria pelo bacilo de Loeffler, é igualmente importante compreender porque escapa a maioria. É meramente enganador responder que são imunes, que possuem antitoxinas defensivas, presumivelmente por obra de interesses instalados. Porque são imunes? Um dia compreenderemos que a imunidade e a suscetibilidade à doença estão indissociavelmente ligadas à personalidade dos homens.

Pasteur atrasou o progresso da medicina em cem anos. Hipócrates estudou o homem na doença. Sydenham estudou a doença no seu impacto sobre o homem. Pasteur redirecionou a atenção para a doença em si. A teoria germinal levou-nos a considerar a doença como uma entidade desencarnada. Algo que pousa efemeramente para se alimentar do meio de cultura do homem atingido. Mas a personalidade não é um alimento para o crescimento de germes nem uma cidadela pétrea para a sua repulsão. É algo que, por vezes, admite a invasão microbiana não apenas pela força e pelo número destes, mas para resolver tensões e conflitos mentais. A personalidade atua como um todo. Determina as táticas dos nossos tecidos. As nossas doenças físicas são frequentemente retiradas estratégicas de um meio adverso. Por vezes, a personalidade resiste a uma força infeciosa à custa de um colapso nervoso; e é sempre a personalidade total — e não a garganta doente ou o plasma inativo — que sucumbe às forças da patologia.

Por personalidade entendo a conceção grega de psique. Corpo e mente são indivisíveis. A sua interação é harmoniosa na saúde. A doença é a rutura dessa harmonia. Ao usar este conceito, implico que os traços mentais e as características físicas, incluindo a constituição corporal, devem ser considerados como um complexo inseparável.

Ainda não recuperámos de Pasteur. Se tivesse sido médico, talvez não nos tivesse arrancado de forma tão violenta da era de Sydenham. A contemplação do homem é uma necessidade clínica. Nos laboratórios, é um acidente. Estamos a regressar à era de Sydenham. Quando lá chegarmos, ainda haverá mundos inteiros por percorrer. E de Sydenham até Hipócrates são dois mil anos para trás — ou para a frente.

"Eternamente
gira a roda da existência."

Existem duas correntes principais na medicina moderna (refiro-me ao nosso período de trégua entre duas guerras). Em primeiro lugar, há o culto da cirurgia. Uso deliberadamente a palavra *culto* para distinguir a moda efémera da técnica sólida. A cirurgia foi recentemente degradada pela prática de uma espécie de magia negra. Vísceras eram removidas em massa por otimistas dogmáticos, tragicamente nascidos antes do seu tempo. O seu destino apropriado teria sido a demolição. Não me refiro ao tratamento de crises abdominais, à remoção de cancros ou aos riscos razoáveis da cirurgia quando a medicina falha após uma tentativa adequada. Esta ânsia pelas vísceras diminuiu.

Já não removemos grandes segmentos do intestino por condições atribuíveis a espasmos nervosos (colite mucosa). As jovens mulheres já não são despojadas da sua sexualidade por disfunções menstruais de origem glandular. Tais métodos "curam" as perturbações menstruais. A destruição é uma forma de correção. A morte é um tipo de cura. Mas os factores glandulares, psicológicos e do sistema nervoso autónomo continuam a funcionar de forma adversa quando o útero e os ovários já desapareceram. Tais operações acrescentaram a tragédia de uma menopausa precoce a doentes que já estavam enfermas.

Ainda vemos, com demasiada frequência, a laparotomia inútil. Neuróticos obsessivos com sintomas dispépticos, de natureza duodenal, continuam a ser abertos cirurgicamente, verifica-se que não apresentam úlcera alguma, e acabam por ser hostilizados pelos cirurgiões por «darem trabalho». Quase todos os obsessivos são cronicamente dispépticos. Os psiquiatras são chamados depois — e não antes — da operação. O moral do doente deteriora-se ainda mais. O reaparecimento dos sintomas após a cirurgia é particularmente deprimente.

Os cirurgiões continuam a compreender insuficientemente que os sintomas são muitas vezes uma expressão local de uma desarmonia geral. Muitos não conseguem apreender que a doença, embora se manifeste através de um órgão, não está necessariamente contida dentro dos limites desse órgão. A apendicite pode ser assim autocontida. Mesmo aqui há raparigas adolescentes em quem a apendicite e a sexualidade reprimida coexistem. (Não me refiro aos casos em que o apêndice é um alvo mais acessível da dor ovárica.) Mas a úlcera péptica, a colite crónica e os estados tirotóxicos não são autocontidos. Têm como acompanhantes a neurose, peculiaridades temperamentais e desequilíbrio vegetativo. Estas condições exigem que o doente seja considerado como um todo e tratado primordialmente por via médica. Alguns requerem mais tarde o

corretivo violento da cirurgia. Quando aplicamos a cirurgia a tais casos, estamos a realizar um esforço de remendo para aqueles que falharam na adaptação global às circunstâncias. Sofreram uma desarmonia na interação de factores nervosos, glandulares, bioquímicos e psicológicos. As operações da tiroide e do duodeno são tentativas de simplificar esta cadeia elaborada.

Alguns cirurgiões apercebem-se de que a doença é um sinal local de uma ab-reação total. Isto condu-Los a excessos ainda piores. O seu modelo cirúrgico é o mergulho no barril de farelo da feira local. Tais eram os ideais daquele pioneiro da chamada cirurgia superior que removeu o útero de uma jovem para curar as suas convulsões.

A medicina está a tornar-se o estudo da personalidade. Tal cirurgia representa o último estertor daqueles para quem toda a doença é localizada. É carpintaria cega executada por pessoas de cultura insuficiente. A cirurgia implica extirpações fragmentárias. É, por isso, propensa a visões parcelares e às vastas falácias da visão restrita. O cirurgião do futuro será, na verdade, um médico com aptidões manuais.

Felizmente, tais cirurgiões estão a tornar-se raros. Muito menos do que outrora vemos, nos nossos doentes marcados por cicatrizes, os sinais daqueles escavadores ardentes que, começando no ânus — em homenagem à convenção social —, apontavam, como a Agnes de Dickens, sempre para cima, devorando tudo à sua passagem.

A psiquiatria é a tendência atual de maior importância.

Antes de 1914, os manuais médicos continham aditamentos comprimidos sobre doenças mentais e algumas páginas vagas sobre neurose. Destas últimas, a histeria recebia a maior atenção, por revelar mais sinais físicos. Atualmente, a literatura psiquiátrica é tão abrangente como a da medicina geral.

Esta moda não se deve inteiramente a Freud. As suas principais descobertas foram reveladas bastante cedo no século. A última guerra deu à psiquiatria o impulso necessário. Freud foi descoberto e utilizado porque estava disponível e era necessário.

A última guerra teve um único resultado valioso. Provou que circunstâncias adversas produzem neurose. A sabedoria tem um preço elevado. Avançámos um pouco a partir desta lição inicial. A psiquiatria esforça-se por delinear a reação de diferentes variedades de homens a diferentes conjuntos de condições. Acrescenta à nossa terapêutica um método racional porque, quando inteligentemente aplicada, trata a personalidade como um todo. Estamos a

descobrir que os estados emocionais não têm apenas consequências físicas, mas também alterações químicas mensuráveis por técnicas laboratoriais.

Estes estados emocionais, capazes de efeitos tão generalizados, estão relacionados com os nossos instintos e deles derivam. São a própria essência da nossa natureza. Os instintos sexuais e de sobrevivência, em particular, são as nossas posses mais primordiais. O tipo de personalidade que exibimos depende do desenvolvimento relativo destes instintos primários. Estamos assim a moldar uma técnica progressiva e esclarecedora que nos permite rastrear as reações bioquímicas e os sintomas físicos que caracterizam diferentes tipos humanos. Por tipos entendo não apenas os critérios grosseiros de estatura, postura e coloração, mas também os principais atributos emocionais do doente. Deste modo, estamos a conferir amplitude e estatura às teorias aristotélicas do temperamento. Aristóteles associava respostas emocionais habituais à função dominante de um determinado órgão. Nós consideramos tipos humanos cujos traços emocionais são indivisíveis tanto dos sinais físicos que habitualmente exibem como de um complexo particular de reações químicas.

O nosso progresso em psiquiatria não augura, num futuro próximo, uma idade de ouro da medicina. Esse dia será adiado até que a psiquiatria e a medicina geral se fundam completamente. Essa desejável consumação está para além do nosso tempo. A psiquiatria é um ramo da medicina. Um dia a posição será inteiramente inversa. Mas não antes de a psiquiatria se transformar. Deve abandonar por completo o uso de técnicas exclusivamente psicológicas. A psicanálise é tão retrógrada quanto a má cirurgia. Ambas são paroquiais. O estudo apropriado da humanidade, em medicina como em qualquer outro domínio, é sempre o homem.

A psiquiatria moderna é excessivamente apologética. Sofre de um complexo de inferioridade. Durante décadas, a psiquiatria nada conseguiu. Descobriu a psicanálise. Construiu uma farsa elaborada a partir de um grão de verdade. Psiquiatras intemperados aborreceram e exasperaram uma profissão tolerante. A psiquiatria avança hesitante. Não penetra suficientemente no domínio da doença física. Reconhecemos o papel dos factores psicológicos em doenças funcionais como a dispepsia. Vemos a sua influência em condições orgânicas como o reumatismo e a úlcera péptica. Existem muitas outras doenças físicas induzidas pela tensão. Como médicos, somos confrontados sobretudo com condições constitucionais crónicas, como a diabetes, a arteriosclerose, as úlceras pépticas, etc.

O impulso pioneiro do pensamento psicológico deveria explorar este campo. Precisamos de iluminar todo o pano de fundo emocional da doença.

Muito pensamento especializado é desperdiçado em canais sedutores e mefíticos. É fascinante refletir que sonhar com túneis incrimina a nossa tia. Isso pouco ajuda a resolver os grandes problemas da medicina. A psiquiatria estaria melhor empregue a esclarecer a nota de tensão nessas doenças físicas, de natureza crónica, que desafiam a cura, que se exprimem no desgaste e que tendem a aumentar. O conhecimento leva tempo. Os moinhos de Deus, tal como a técnica da psicanálise, moem excessivamente devagar. Mas o bom médico de província, talvez a forma mais elevada de humanista científico, observou durante décadas os efeitos da miséria e da tensão nestas condições. Cabe aos detentores de conhecimento especializado tornar articuladas as intuições da maioria silenciosa. Neste livro procurarei demonstrar que muitas doenças que chamamos físicas são devidas, em parte, à reação entre factores adversos e traços temperamentais.

A psiquiatria prestou um grande serviço ao sublinhar o efeito do ambiente sobre o homem. Enfatiza a influência das experiências precoces. Mas a sua conceção de ambiente é demasiado paroquial. Está excessivamente confinada ao meio familiar. Não pensa em esferas mais cósmicas. Não aborda a morbilidade induzida pela estratificação social e económica do homem. Acima de tudo, não aprecia a influência, sobre a saúde, das crenças da civilização que ele herda.

Apesar de todas as suas falhas, a nova psicologia ensinou pelo menos que as reações mentais, produzidas pelo ambiente, têm correspondentes físicos. Se incluirmos no ambiente as intenções e crenças da época, estamos a regressar à abordagem grega. A roda completará o seu ciclo.

Neste livro trato amplamente da tensão. Menciono primeiro os seus efeitos. Defino a sua natureza mais tarde. Por fim, abordo a sua correção. Só através de tal técnica o meu tema pode desenvolver-se logicamente. O método é justificado pela tradição. Os sintomas são descobertos antes das causas. O tratamento é frequentemente adiado.

Este livro divide-se em quatro partes. A primeira trata da personalidade em relação com a doença. Tal é necessário porque é a nossa personalidade — e não qualquer órgão ou tecido isolado — que interpreta e suporta as tensões ambientais. A segunda parte explica como a maioria das doenças crónicas, físicas e nervosas, é de natureza neuropática e atribuível ao efeito de emoções anómalas sobre personalidades vulneráveis. A terceira parte analisa o efeito do sistema social ao fornecer um pano de fundo propício à emoção anómala. A última parte trata de tendências na medicina que nos impedem de lidar

adequadamente com os problemas atuais. Discute a natureza da saúde e, de forma sucinta, algumas reformas necessárias.

Este livro é não estatístico e não documentado. Tal é feito deliberadamente. Trata em grande medida de objetivos primitivos, necessidades e erros da medicina. Estes desafiam a expressão matemática. Sendo a nossa profissão uma arte, as ideias têm maior importância do que os símbolos numéricos. Este livro é escrito para a profissão em geral e, em particular, para a maioria inarticulada para quem o homem e os seus sofrimentos são de maior relevo do que os resultados da investigação em grupo. É também sugestivo mais do que dogmático. Em anos de transição, é preferível estimular o pensamento a imitar a certeza.

LIVRO UM
DOENÇA E PERSONALIDADE

CAPÍTULO UM
DOENÇA E PERSONALIDADE

Consideraremos agora a relação entre doença e personalidade. Ao tratar da doença atribuível ao sistema social, é necessário delinear tipos de personalidade. Afinal, é a psique total — o complexo indivisível de mente e corpo — que suporta os choques frequentes e as mais raras benesses do sistema social. Só o homem como um todo pode ser moldado pelas circunstâncias. Devemos, portanto, estudar variedades humanas.

Neste capítulo, ao discutir a doença, lidaremos em grande medida com aquilo a que ainda chamamos doença física. A ligação entre certos tipos de personalidade e determinadas doenças mentais e nervosas já está estabelecida.

O estudo da personalidade em medicina é, até agora, primitivo. Está abrangido pelo conceito de diátese. Pessoas com determinadas características físicas são sujeitas a doenças específicas. Cabelo ruivo, sardas e reumatismo encontram-se por vezes associados. A diátese implica também a transmissão familiar de erros metabólicos. Na gota existe uma incapacidade inata de oxidar o ácido úrico.

Chegou o momento de adotar uma conceção mais ampla de diátese. As particularidades de coloração, conformação ou química são apenas parte do quadro. Traços emocionais e intelectuais predominantes surgem associados a tipos específicos de doença orgânica. Os doentes com úlcera duodenal são um bom exemplo. São conscienciosos, têm uma ânsia de perfeição. Escolhem profissões que exploram excessivamente os seus traços dominantes. Encontramo-los entre os médicos. O seu trabalho é árduo e de grande responsabilidade. O seu horário é implacável. Os doentes duodenais são velocistas mentais e físicos. Têm passatempos, mas não prazeres. Mesmo no lazer mantêm padrões a cumprir. O seu golfe é mais intenso do que o trabalho de outros homens.

Muitos são neuróticos obsessivos. Estes traços explicam a cronicidade da sua afeção. Embora sigam a dieta correta, se abstenham de álcool e tabaco e tomem a medicação pontualmente — estão predispostos a cumprir escrupulosamente as instruções — continuam a ser atormentados pelos sintomas. As suas fraquezas mentais continuam a atuar. Nos casos duodenais aprendemos a importância do repouso psicológico, bem como do físico. Mas o

repouso mental é impossível se não alterarmos a natureza do doente. É necessário atenuar o seu insaciável (e patológico) sentido do dever.

Pode o leopardo mudar as suas manchas? Não podemos alterar a nossa natureza biológica profunda. Mantemos ao longo da vida o temperamento que herdámos. Ele continua a atormentar-nos no leito de morte. Poderá o nosso doente duodenal não esperar qualquer alívio permanente da sua dispepsia? A resposta é que existem dois tipos de casos.

É sustentado, de forma algo enganadora, que a úlcera duodenal ocorre em associação com a neurose. Alguns desses casos existem, sem dúvida. É, contudo, mais exato afirmar que os sintomas duodenais constituem uma solução para dificuldades psicológicas, isto é, um substituto de uma neurose. Dadas as mesmas condições, algumas pessoas desenvolvem uma neurose de ansiedade ou obsessiva; outras desenvolvem sintomas referíveis ao duodeno. Estas condições coexistem frequentemente. Diz-se que os sintomas duodenais são precedidos por ansiedade prolongada ou intensa. Nem sempre é assim. As condições prévias são antes aquelas que oferecem motivos razoáveis para ansiedade — o que não é a mesma coisa. Uma pessoa reage com preocupação consciente e desenvolve uma neurose. Outra produz uma úlcera pilórica.

Existe, porém, um tipo inteiramente diferente de doente duodenal. Neste, o impulso excessivo inato do indivíduo induz os sintomas. Os seus motores estão excessivamente engrenados. Sei bem que, nestes casos, o argumento psicanalítico sustenta que o impulso excessivo é compensatório, induzido por um sentimento de inferioridade que o indivíduo tenta superar através de realizações excessivas. Mas isto não explica todos estes casos. Há muitos sem sinais de complexo de inferioridade. Os seus dínamos sempre giraram a um ritmo supranormal. A atividade hipofisária é parcialmente responsável (ver adiante).

Quando este impulso de alta potência está intrinsecamente inscrito na psique, o indivíduo é mais propenso à ulceração ativa. Quando estes acompanhamentos psicológicos são adquiridos, como compensação de um sentimento de culpa, encontramos mais frequentemente sintomas duodenais sem lesão marcada. As ab-reações herdadas da psique induzem doença orgânica. A neurose adquirida conduz à dispepsia funcional. Tipos mistos existem inevitavelmente.

Existe uma elevada incidência de úlceras duodenais nos Estados Unidos. O número excedeu outrora largamente o da Inglaterra. Tal foi atribuído ao stress da vida empresarial americana. A atividade empresarial intensa é, em geral, uma

resposta a factores económicos adversos. As condições económicas globais foram muito mais favoráveis na América do que em Inglaterra. Seria muito mais sólido atribuir a maior incidência de úlcera duodenal nos Estados Unidos ao facto de, durante gerações — até bastante recentemente —, terem atraído de Inglaterra um tipo de indivíduo inquieto e pioneiro, insatisfeito com as restrições e a inércia da existência num país envelhecido. O rosto tenso e anguloso do Tio Sam é profundamente diferente das feições bovinas de John Bull. As diferenças marcantes de fisionomia entre ingleses e americanos de ascendência inglesa são frequentemente comentadas. Parece-lhes incrível que ambos derivem de uma mesma origem.

Nos casos duodenais, a questão do alívio duradouro depende do subtipo do doente. Se os sintomas estiverem associados a impressões ou conflitos da adolescência, podemos fazer muito. Na presença de defeitos temperamentais inatos, os sintomas persistem.

Ainda não conseguimos lidar com aquelas falhas de personalidade que induzem, em cada indivíduo, a sua doença concomitante. Uma vez úlcera, sempre tipo ulceroso. É isto que dizemos ao doente, embora não de forma explícita. Tal está tacitamente implícito nas nossas instruções. Exigimos-lhe que, durante anos, viva segundo um regime rígido.

Em todas as doenças em que impomos ao doente um padrão de vida a longo prazo, sabemos que nada podemos fazer para corrigir a sua falha fundamental. E quais são as doenças que implicam a manutenção de um regime durante anos e nas quais, com ou sem regime, o doente é propenso a recaídas ou deterioração? A ulceração péptica, o hipertiroidismo, a diabetes, o reumatismo, a arteriosclerose e a nefrite crónica, etc. Com exceção do carcinoma e da pneumonia, são estas as doenças responsáveis pela maior parte da nossa morbilidade. São as doenças que matam e constituem, assim, o nosso problema mais urgente em medicina.

Procurarei, a partir de doenças deste tipo, derivar um conceito de **personalidades vulneráveis**. Todas apresentam um forte factor hereditário. O médico de província, que trata mais de uma geração, encara estas afeções como cruzes familiares. São o destino de psiques condenadas à partida. Podemos ajudá-las consideravelmente. Os fármacos paliativos melhoram dia após dia. Mesmo o planeamento de um regime é um procedimento útil e racional. Mas com que frequência consegue o doente cumprir as nossas instruções? Considerações económicas impedem-no. As fraquezas temperamentais limitam-no de igual modo. Prescrevemos repouso ao nosso arteriosclerótico. Muitas vezes faz parte da sua natureza viver de forma excessivamente intensa. Impor

regimes ideais é frequentemente desastroso. Alterar o padrão de vida dos homens aos sessenta anos pode ser fatal. Na doença crónica aconselhamos os doentes a poupar energias. Muitas vezes estão mais seguros ao continuar carreiras de risco.

Podemos reparar as falhas herdadas dos nossos doentes crónicos? Podemos reparar o seu tecido esfiapado? É inconcebível que qualquer terapêutica detenha a propensão de uma artéria para uma rápida degenerescência. Não podemos reparar doentes individuais. Podemos alterar o sistema que induz, ao longo de gerações, estas falhas endogâmicas e que continua a bombardear sem piedade os infelizes que as herdam.

Estas doenças são os protestos somáticos de psiques derrotadas. É o meu tema que a civilização ocidental engendra neuropatia. Uso este termo para significar algo mais do que a mera tendência para a neurose e a psicose. Certamente inclui um sistema nervoso mais vulnerável. Este liga entre si o corpo e a mente. Mais do que isso, é a ponte entre o mundo exterior e o universo interior das nossas vísceras.

É, pois, natural que interprete todos os agentes nocivos e ajude na expressão de todos os males físicos e mentais. Desta neuropatia crescente emergem não apenas as nossas neuroses, mas também as nossas doenças constitucionais crónicas. Esta neuropatia crescente deve-se, de forma muito lógica, a condições impostas do exterior. O nosso sistema nervoso projeta as antenas expostas do nosso ser. Estas são cada vez mais maltratadas. Consideraremos as suas tribulações numa secção posterior.

Conheceu sempre a sociedade estas doenças crónicas intratáveis? Sim, se considerarmos a história registada do homem ocidental. Mas são muito mais comuns nas últimas décadas. Ocorrem com menor frequência em sociedades primitivas. O homem tem de morrer de alguma forma. A degenerescência arterial é um modo de morte aceite em todos os estratos da civilização. Na nossa ocorre muito mais cedo.

A diabetes e a doença renal foram durante muito tempo catástrofes terminais da velhice. Devemos distinguir cuidadosamente entre o aparecimento destas doenças como aspetos locais da senilidade e a sua ocorrência na meia-idade. Entre nós surgem mais cedo. O reumatismo, a tirotoxicose e a ulceração péptica, conhecidos há séculos, atingem uma incidência alarmante. Cada década contribui de forma mais generosa para a morbilidade e incapacidade.

CAPÍTULO DOIS
AS CAUSAS EMOCIONAIS DA DOENÇA FÍSICA

Neste capítulo abordamos mais aprofundadamente as doenças associadas a diferentes tipos de personalidade.

As doenças constitucionais crónicas, como a úlcera péptica, a arteriosclerose, a tirotoxicose, etc., serão doravante designadas por doenças de tensão. Estas apresentam certas particularidades que as distinguem das doenças infeciosas. Devem-se em grande medida à produção excessiva de substâncias químicas que normalmente circulam nos tecidos. Na úlcera duodenal há produção excessiva de ácido clorídrico ou o seu aparecimento em ondas secundárias. No hipertiroidismo, a tiroxina é produzida em excesso ou surge de forma alterada. Na diabetes, a glicemia é excessiva. Na arteriosclerose, pelo menos nos casos com hipertensão, há indícios de atividade aumentada da adrenalina.

No reumatismo observa-se um aumento do ácido sarcolático nos músculos e sinais, noutros locais, de diátese ácida. Os doentes sofrem frequentemente de dispepsia ácida. Esta precede muitas vezes o aparecimento da artrite reumatoide ou da fibrosite. As condições reumáticas e duodenais estão frequentemente associadas. Conheço um doente, sujeito a fibrosite, com antecedentes de artrite aguda mono-articular, endocardite subaguda de origem reumática, úlcera duodenal, cálculos ureterais (de ácido úrico e oxálico) e cálculos parotídeos. Reconheço que, na arteriosclerose, o aumento da secreção de adrenalina é discutível. Abordarei este ponto mais adiante. Por agora, limito-me a estabelecer um princípio geral.

Um segundo ponto cardinal é que reações semelhantes às que ocorrem nas doenças de tensão são produzidas pelo medo. Em grande medida, esta afirmação pode ser comprovada através do estudo dos efeitos do medo nos animais e da ansiedade crónica nos seres humanos. O medo dá origem a uma produção excessiva de secreção tiroideia e gástrica. A ansiedade é um factor estabelecido no hipertiroidismo e na úlcera duodenal. Eleva a curva da adrenalina. A preocupação é tradicionalmente implicada na génese da arteriosclerose. A sua eliminação, quando possível, é um axioma terapêutico. O medo aumenta também o teor de açúcar no sangue. A diabetes, que apresenta uma elevação tão marcada da glicemia, é uma doença do judeu persistente e neurótico.

Uma terceira característica comum destas doenças é o facto de envolverem **disfunção endócrina**. Tal é evidente no hipertiroidismo. Na diabetes, a incapacidade de utilizar o excesso de açúcar deve-se a disfunção pancreática. No Capítulo V, traço as ligações entre o reumatismo e a atividade anómala das hormonas sexuais. A úlcera duodenal está associada a perturbações da hipófise. Lesões experimentais da hipófise e das suas conexões adjacentes produzem, nos animais, lesões idênticas ou comparáveis às da ulceração duodenal. Encontrei frequentemente evidência de hipertonicidade gástrica e sintomas duodenais, equivalentes à ulceração, em doentes que sofrem de discrasia hipofisária. Sintomas comparáveis aos da diabetes insípida — reconhecidamente uma perturbação hipofisária — ocorrem concomitantemente com sintomas de atividade duodenal. Por vezes alternam com estes. O doente elimina frequentemente grandes quantidades de urina clara, de baixo peso específico. Sintomas de úlcera duodenal ou de estômago hipertónico ocorrem em tipos intelectuais de predomínio hipofisário.

A doença é tratada na América pela insuflação de rapé hipofisário. Acima de tudo, os sintomas duodenais caracterizam-se pela sua natureza fásica. Outras glândulas, para além da hipófise, revelam tendência para atividade fásica. A hipófise apresenta uma propensão particular para variações fásicas curtas. Estas são frequentemente induzidas por factores externos, como o frio. Muitos tipos hipofisários tornam-se letárgicos, mental e fisicamente, com a descida da temperatura. Napoleão perdeu o seu ímpeto e capacidade diretiva nas neves russas antes de Borodino. Os casos duodenais são notoriamente afetados pelo vento frio de leste. Estes últimos caracterizam-se por histórias clínicas que se estendem por anos, nas quais períodos de doença e de alívio se sucedem com regularidade surpreendente.

Na arteriosclerose hipertensiva tem havido muito debate quanto à importância do papel da medula suprarrenal. Não pretendo dogmatizar sem dados adequados. Basta, nesta fase, salientar que a medula suprarrenal está envolvida na manutenção e elevação da pressão arterial e que a sua secreção, a adrenalina, é, sem qualquer dúvida, produzida sob o estímulo do medo.

Devo ainda sublinhar que, se nestas condições de tensão nem todas as características atribuídas ao grupo como um todo estão presentes em cada doença individual, limito-me neste momento a definir tendências comuns ao conjunto das doenças constitucionais crónicas.

Um quarto factor comummente encontrado nestas condições de tensão é o desequilíbrio vegetativo. O hipertiroidismo é a versão dramática da atividade simpática excessiva. Na úlcera duodenal encontramos espasmo pilórico,

estômago hipertónico e obstipação espástica. A vasoconstrição periférica desempenha o seu papel na hiperpiesia e em muitos casos de arteriosclerose. É particularmente evidente nas variedades espasmódicas da doença arterial com efeitos locais. Estas são, de facto, frequentemente tratadas por simpatectomia.

Em resumo, verificamos que as doenças de tensão se caracterizam por alterações químicas e hormonais semelhantes às induzidas pela ansiedade, por disfunção endócrina e por desequilíbrio vegetativo.

Podemos ir um passo mais além e afirmar que, nestas doenças, as alterações químicas e hormonais são, em larga medida, atribuíveis ao medo, na sua forma moderna de ansiedade crónica? Em todas estas doenças, com possível exceção da diabetes, a preocupação e a tensão são reconhecidas como factores precipitantes e agravantes. São reconhecidas como tais até nos manuais-padrão mais conservadores de medicina geral. Isto é verdadeiramente significativo, atendendo a quão pouco, até recentemente, se admitia a importância dos factores mentais na medicina geral. Em segundo lugar, toda a fisiologia racional aponta nesta direção.

O medo provoca produção excessiva de açúcar nos animais. A glicosúria ocorre em numerosos estados psicológicos caracterizados por ansiedade e agitação. É encontrada na neurose de ansiedade aguda, na melancolia — particularmente na variedade agitada — e em estados delirantes em que a agitação é um traço importante. Ocorre também no hipertiroidismo, cujas ligações com a ansiedade são tradicionais. Podemos considerar tais estados de glicosúria, ocorrendo em condições de ansiedade, como perturbações transitórias da função pancreática no metabolismo do açúcar. É, pelo menos, razoável considerar que o factor tensão possa operar igualmente na diabetes melitos.

Esta última é uma doença do judeu neurótico. Tem mostrado também, em algumas regiões, um aumento notável nos últimos dez anos. O simples facto de o diabético não apresentar sintomas imediatos de ansiedade não invalida de modo algum esta teoria. Veremos mais adiante com que frequência a doença física é um substituto de perturbação psicológica. É, muitas vezes, um método de resolução de conflito mental.

No caso dos sintomas duodenais encontramos igualmente produção excessiva de ácido, com espasmo pilórico e hipertonicidade, em associação com a ansiedade, tanto na dispepsia ácida como na ulceração verdadeira. Devemos recordar também que os estados de ansiedade são frequentemente precedidos ou acompanhados por sintomas referíveis ao epigastro. Estes últimos, quando

investigados de perto, revelam-se muitas vezes sintomas devidos à hipertonicidade e ao excesso de ácido.

Quando o medo induz os mesmos efeitos bioquímicos ou hormonais em animais de laboratório e em doenças neuróticas e funcionais onde a ansiedade está manifestamente presente, é razoável supor que a ansiedade atue igualmente nas doenças físicas em que se observam os mesmos efeitos bioquímicos e endócrinos. Esta perspetiva é defensável segundo os padrões da lógica fisiológica. Certamente, na doença orgânica estão presentes outros factores. O pâncreas, a tiroide, o estômago, etc., são, por alguma outra razão, mais vulneráveis do que nas condições não físicas. Mas é irracional negligenciar os efeitos da ansiedade quando abordamos o domínio físico. É irracional tornar desnecessariamente complexa a ciência da etiologia. As verdades últimas são sempre simples.

O factor ansiedade é reconhecido nos estados hipertiroidianos, na úlcera péptica, no reumatismo e na arteriosclerose. Sugeri a sua existência na diabetes. Está presente em certos cancros, que tratarei separadamente, embora aqui insista também que o carcinoma, de certos tipos, é uma condição constitucional de tensão. Não disponho de dados aplicáveis à doença renal. Enquanto as infeções diminuem, estas doenças persistem. A sua incidência aumenta. Aumenta em paralelo com a tensão, a insegurança e o ritmo acelerado da vida. Em todas estas condições existe uma tendência hereditária para perturbações psicológicas, bem como para as doenças específicas que estamos a discutir (ver Capítulo IX).

Qual é o factor da personalidade que provoca doenças físicas em resposta à tensão? Indiquei que o sistema endócrino é o foco vulnerável. Acredito que a natureza da doença manifestada é determinada por um empobrecimento inato da vitalidade de glândulas específicas.

Os estudos endócrinos revelam que diferentes tipos de personalidade resultam do funcionamento relativo de diferentes glândulas. Estes tipos ainda não estão claramente demarcados em termos de função endócrina. Podemos, contudo, reconhecer categorias mais amplas. Temos o **homem hipofisário**, com os seus dons de intelecto e julgamento, com a sua conformação corporal e craniana talvez melhor exemplificada pelos tipos escandinavos. Temos o homem suprarrenal, hirsuto e combativo. Temos, nos tipos asténicos, uma versão atenuada do homem hipofisário, representando a glândula em hipofunção.

Temos os indivíduos obesos, por vezes com mentes obesas, em quem podemos atribuir a condição a disfunção hipofisária ou ovárica. Se observarmos

atentamente, podemos sempre reconhecer gradações entre o normal hipotético e os casos claramente endócrinos. Lentidão de pensamento, metabolismo lento, pulso lento, retardamento emocional caracterizam os casos de mixedema. Se formos cuidadosos, podemos frequentemente encontrar, naqueles que classificamos apenas como vegetais humanos, evidência clara, embora pouco dramática, de hipotiroidismo. Se tratarmos estes indivíduos com hormonas tiroideias, obtemos frequentemente melhorias notáveis. Isto aplica-se particularmente às mulheres. A tiroide é muitas vezes tão reguladora da personalidade feminina quanto a hipófise o é nos homens.

Sublinhámos a natureza hereditária destas doenças. Ora, o ensino antropológico mostra que a herança das características raciais depende da transmissão, em cada raça, das peculiaridades atribuíveis a uma glândula específica, ou a uma combinação de glândulas, do sistema endócrino. Este facto, aliado ao de que as características endócrinas determinam, em larga medida, a personalidade do indivíduo, torna ainda mais plausível que estas doenças constitucionais crónicas sejam devidas a falhas inatas nas glândulas específicas que disfuncionam em cada caso.

Tal aplica-se claramente às condições em que a transmissão é específica, por exemplo nas famílias diabéticas, arterioscleróticas e com bócio. Veremos mais adiante que existem famílias em que o reumatismo, as úlceras pépticas — particularmente a variedade duodenal — e as neuroses ocorrem em diferentes membros. Elas exprimem, de facto, o meu conceito de uma diátese neuropática mais ampla. Ora, o homem ocidental desenvolveu um tipo de personalidade em que a hipófise é a glândula dominante, na medida em que determina, até certo ponto, as suas características físicas e, em grau ainda maior, as suas características mentais.

A atividade hipofisária decorre em paralelo com o grau de intelecto e com as atividades superiores do sistema nervoso central. Veremos mais adiante que o sistema nervoso central é peculiarmente vulnerável e de vitalidade empobrecida no homem ocidental. Ora, do ponto de vista fisiológico, a hipófise é também uma espécie de dominante. Regula as outras. Possui as suas hormonas gonadotróficas, tirotróficas e todas as demais que estimulam as outras glândulas a produzirem as suas próprias secreções. Se, então, a combinação hipófise–sistema nervoso central é o elo fraco da cadeia da nossa psique, é possível compreender como, dada a diátese neuropática geral que exibimos, esta, atuando através da hipófise, pode transmitir por hereditariedade uma tendência para disfunção nas restantes glândulas.

Desdenhar o factor endócrino na determinação da personalidade é tentar contestar factos estabelecidos na terapêutica. Um tratamento endócrino bem-sucedido não implica apenas uma melhoria dos sintomas, mas uma alteração grosseira da personalidade. No doente que desenvolve mixedema, os contornos da personalidade não ficam apenas obscurecidos por uma cortina de fumo de doença: ele é totalmente transformado. Se responder à terapêutica tiroideia, transforma-se em grau semelhante. A melancolia menopáusica era anteriormente considerada uma doença intratável e frequentemente crónica. Alguns casos podem ser curados em dois ou três meses com tratamento por hormona masculina, testosterona, particularmente quando aplicada por fricção cutânea. A doente é transformada de uma pessoa autoacusatória, deprimida e delirante numa outra com uma quota média de autoconfiança.

Uma terapêutica deste tipo não envolve uma simples remoção de sintomas. Envolve uma mudança total de personalidade. A psicologia académica questiona se tais mudanças reais de personalidade ocorrem. Mas uma mudança como a descrita acima exprime-se através dos instintos primários. Na fase deprimida e ansiosa, os instintos de auto-humilhação e de sobrevivência da doente estão anormalmente desenvolvidos. A personalidade, no seu aspeto mental, é construída sobre o substrato dos instintos primários. Doentes como os descritos alcançam, com a recuperação, uma alteração da sua personalidade total. As doenças mentais, de facto, fornecem-nos exemplos frequentes destas alterações totais. Falamos de sujeitos ciclotímicos, sugerindo que a exaltação e a depressão são reações diferentes do mesmo temperamento. Duvido muito disso.

Pode aplicar-se àqueles de nós que, dentro de limites normais, têm uma natureza oscilante. A flutuação é de humor. O humor não abrange toda a esfera da personalidade. Na psicose maníaco-depressiva, o doente na fase maníaca tem os seus instintos assertivos anormalmente desenvolvidos. Os instintos de sobrevivência e de auto-humilhação são mínimos. Na fase depressiva, os instintos desenvolvem-se na ordem inversa. Isto, para todos os efeitos práticos, é uma alteração total da psique. Observadores superficiais acham incrível que doentes vistos, em certas ocasiões, em mania e, noutras, em melancolia sejam as mesmas pessoas. A sua opinião é justificável. Não são os mesmos seres.

O que dissemos sobre a estrutura endócrina da personalidade é bem exemplificado pela psicose maníaco-depressiva. Na mania encontramos frequentemente sinais de hiperatividade da tiroide. Na melancolia, a função glandular está anormalmente reduzida. Não é necessário insistir no virilismo, o mais óbvio de todos os exemplos de mudança de psique de origem endócrina.

É interessante que só encontremos estas mudanças totais da psique nas doenças mentais e naquelas condições como o mixedema e a doença de Graves que, pela nomenclatura atual, são chamadas doenças endócrinas. A doença física crónica, em geral, pode ser, pelo contrário, uma tentativa de conservar a personalidade primordial perante o stress. Isto não é uma conjetura descabida. Veremos mais adiante com que frequência a doença física é uma solução para dificuldades psicológicas. É uma resposta à tensão. A doença mental é, muitas vezes, uma evasão dela.

Resumindo brevemente a etiologia destas doenças constitucionais: os factores de tensão e de ansiedade não são meramente precipitantes, mas causas essenciais. A tensão é transmitida através do sistema nervoso central, em virtude de uma tendência neuropática, mais ampla na sua conceção do que a atualmente implícita no termo. Desenvolverei isto mais plenamente mais adiante. O tipo de doença associa-se ao factor vulnerável do sistema endócrino. Exprime-se através deste, com a colaboração do sistema nervoso autónomo, que está inextricavelmente ligado à disfunção glandular.

É estéril depreciar a influência do medo na indução da doença quando factores endócrinos estão envolvidos. Os factores emocionais são, afinal, os estimulantes fundamentais da atividade endócrina, e neste livro descobriremos mais doenças ligadas a disfunção endócrina do que aquelas que são reconhecidas no presente imediato.

Há outras doenças crónicas, com forte factor hereditário e uma tendência bioquímica comum, que excluo de consideração como doenças de personalidade por falta de dados. São elas a anemia perniciosa e a anemia hipocrómica nas mulheres, e o carcinoma do estômago. A tendência bioquímica é a deficiência de ácido gástrico. Outras doenças crónicas, como alguns casos de artrite reumatoide, com um pano de fundo psicológico marcado, têm esta característica particular. As doenças poderão vir a ser divididas mais tarde em aquelas com tendência ácida ou subácida. Já temos um grupo ácido: úlcera duodenal, hipertiroidismo e reumatismo. Neste grupo encontramos o sistema nervoso simpático em ação dominante.

Poderemos um dia delinear um grupo subácido com vagotonia. Disse-se com sabedoria que os homens se dividiam entre os que ficavam vermelhos ou brancos nos acessos de ira, isto é, entre vagotónicos e simpaticotónicos. Não podemos afirmar se, no futuro, os tipos de doença poderão ser separados pela variedade de desequilíbrio autonómico que favorecem. Tal subdivisão seguiria mais de perto a ligação entre a doença física e os precipitantes emocionais

fornecidos pelo ambiente. Isto é apenas uma sugestão, embora seja certo que a medicina do futuro próximo se ocupará largamente do sistema autónomo.

Vimos como os factores nocivos do medo e da tensão induzem um conjunto de males crónicos. É uma implicação óbvia que o sistema social deveria ser alterado para reduzir a incidência de tal tensão. Existe alguma política alternativa? Podemos, através de planeamento eugénico, produzir no homem um padrão de elementos endócrinos menos vulnerável, menos suscetível de ser sulcado e marcado pelo nosso clima social? A perspetiva parece fantasiosa. Creio que assim permanecerá, embora devamos lembrar que os nossos dedos ainda tateiam, de forma débil, a fina malha da endocrinologia.

Sinto que a criação seletiva de tipos de psique é um sonho de romancista. (Contudo, os sonhos tornam-se realidade no mundo moderno na proporção da sua loucura.) É mais provável que tentemos alcançar controlo do sistema nervoso autónomo, que exprime e regula a atividade das glândulas endócrinas. A prática crescente do relaxamento progressivo, ainda que tardia e tristemente limitada, é um passo hesitante nessa direção.

A discussão do efeito da personalidade na doença física pode encerrar-se, de forma apropriada, com dois exemplos vivos. A e B eram dois homens muito semelhantes nos seus traços intelectuais e emocionais predominantes. Sofriam de um conjunto idêntico de afeções físicas. Ambos eram médicos. Ambos eram obsessivos. Isto provavelmente levou-os para a medicina. Os traços obsessivos de A manifestavam-se em pensamentos compulsivos que nenhum esforço de vontade conseguia excluir da consciência e em manias irritantes. Os seus sapatos tinham sempre de ficar alinhados com o eixo longitudinal a desviar-se para a direita. B tinha um tique marcado que afetava os olhos.

Tais tiques são atos compulsivos de etiologia semelhante à arrumação dos sapatos de A. Ambos tinham uma simpatia rebelde pelo fraco. Ambos odiavam impostores. Ambos sofriam de sonhos recorrentes idênticos não apenas na natureza e no significado, mas no conteúdo literal. Ambos sonhavam constantemente que iam a exame sem terem aberto previamente um livro, ou que chegavam às estações com o comboio a partir. Estes sonhos são comuns. A sua explicação é simples. Mas naqueles dois indivíduos repetiam-se, repetiam-se sempre.

A tinha uma úlcera duodenal confirmada por raio X. B sofreu toda a vida de dispepsia duodenal e possivelmente tinha uma úlcera crónica. Ambos tinham cálculos ureterais. Ambos apresentavam más posturas, com acentuação da lordose lombar e abdómenes atónicos. A viu a sua carreira universitária

interrompida por doença cardíaca. B morreu relativamente cedo de insuficiência cardíaca.

Este é um exemplo impressionante de personalidades semelhantes, avaliadas por características mentais, apresentando uma identidade completa de reações patológicas.

A personalidade desempenha um papel na forma como reagimos à infeção. Por vezes, um organismo produz duas doenças. A sífilis é o melhor exemplo. Os seus efeitos são tão proteiformes. Apenas uma pequena proporção dos sifilíticos desenvolve as doenças neurológicas — tabes e paralisia geral. Isto foi atribuído a um vírus neurotrópico. Exceto em França, esta perspetiva teve pouco apoio. A raridade da infeção sifilítica do sistema nervoso foi atribuída à complexidade das suas portas de entrada. A mim isso sempre pareceu um pouco fútil. A sífilis é uma infeção generalizada e crónica. Que se abstenha de atacar o sistema nervoso por este ser de difícil acesso revela uma improvável falta de iniciativa.

A tabes e a paralisia geral são, em larga medida, determinadas por predisposição mental e nervosa. Em mais de oitenta por cento dos casos de paralisia geral, Bolton encontrou hereditariedade psicológica anómala. Kinneir Wilson assinala que, quando sífilis nervosa do mesmo tipo ocorre em mais do que um membro de uma família, a explicação é a predisposição nervosa. A ocorrência de paralisia geral após o choque de acidentes e após tensão física e mental anómalas (a retirada de Mons resultou numa notável colheita de paralíticos gerais) sublinha o factor personalidade.

CAPÍTULO TRÊS
CONSTITUIÇÃO FÍSICA E DOENÇA

No capítulo anterior referimos a influência da constituição física na determinação do tipo de doença. Anteriormente, foi sobretudo estudada a ligação entre constituição física e perturbação psicológica. Kretschmer é o principal expoente desta abordagem. Estabeleceu a ligação entre tipos de configuração corporal e perturbações mentais específicas. A sua descoberta mais marcante foi que a psicose maníaco-depressiva ocorre principalmente em indivíduos de estrutura pícnica compacta, enquanto a esquizofrenia afeta sobretudo o tipo asténico.

Estudaremos agora esta questão em relação à doença física. O exemplo mais conhecido é o hábito asténico na tísica. Este não é um exemplo totalmente satisfatório. A tuberculose é tão ubíqua que tende, naturalmente, a afetar todos os tipos. Ainda assim, existe uma predominância clara de sujeitos asténicos, especialmente quando o fator hereditário é marcado, o que implica uma base de personalidade nesta doença.

As úlceras duodenais ocorrem sobretudo em indivíduos do tipo asténico. Os sintomas duodenais em sujeitos robustos são frequentemente funcionais. Os doentes tirotóxicos são quase sempre asténicos (refiro-me à sua constituição original; a perda de peso torna-os progressivamente mais asténicos). O arteriosclerótico com tendência para hemorragia cerebral é, em regra, do tipo pícnico.

Vimos como diferentes doenças surgem em pessoas de tipos físicos particulares. Estudaremos agora o fenómeno inverso: o efeito da doença na alteração da postura. Não abordarei os efeitos incapacitantes da doença física, a curvatura do corpo com a idade ou as deformações dos membros na artrite crónica. Estudaremos uma condição em que fatores emocionais alteram de tal modo a configuração que o indivíduo apresenta não apenas os sinais físicos, mas também a **forma corporal** característica de uma determinada doença.

Todos conhecemos o enfisema. Caracteriza-se por um tórax em forma de barril e por uma parede torácica rígida. O doente é hiperressonante à percussão e os sons respiratórios são distantes. Um certo grau de enfisema é um corolário natural da idade. Em alguns ocorre mais cedo. Nestes casos, está geralmente associado a degenerescência arterial precoce. Por vezes surge bastante cedo, na meia-idade. Nestes casos, os sinais de degenerescência arterial são frequentemente menos marcados. É deste enfisema prematuro que particularmente nos ocupamos.

Existe um subgrupo considerável com ansiedade ou depressão bem marcadas. Não vejo neurose de ansiedade em toda a parte. Para mim, não é o equivalente da cabeça do rei Carlos no memorial do Sr. Dick. Não afirmo que a ansiedade crónica ou a depressão sejam o fator principal em todos os casos de enfisema hipertrófico. Mas são de primeira importância naquilo a que chamarei enfisema somático.

Li a etiologia do enfisema hipertrófico em muitos manuais clássicos. Encontro aí várias teorias sensatas sobre o efeito da tosse crónica e do uso de instrumentos de sopro. Encontro outras teorias manifestamente menos sensatas. A teoria inspiratória de Laennec e a teoria expiratória de Jenner são meras paráfrases descritivas de estados patológicos. Não encontro em lado algum a mais leve referência à ansiedade.

Tenho observado muitos doentes enfisematosos na casa dos trinta e início dos quarenta anos. A grande maioria sofre de perturbações psicológicas. Alguns eram neuróticos, tendo a ansiedade crónica como fator principal. Outros eram melancólicos; outros ainda, constitucionalmente depressivos. Nestes últimos casos, a depressão era complicada por ansiedade. Praticamente todos estes doentes me foram encaminhados por razões psicológicas. O enfisema foi descoberto incidentalmente durante o exame clínico.

O exame torácico de doentes em instituições psiquiátricas revela uma incidência de enfisema hipertrófico inequivocamente superior à da população geral. Ocorre também a uma idade consideravelmente mais precoce.

Para além do tórax relativamente inextensível, com músculos rígidos, a cabeça do doente projeta-se rigidamente para a frente, numa atitude de vigilância ansiosa. O pescoço é igualmente mantido rígido. O esternocleidomastoideu apresenta-se duramente delineado, com o bordo anterior nitidamente definido. O trapézio encontra-se também anormalmente tenso. Existe geralmente um espessamento fibroso considerável sob a sua inserção na protuberância occipital externa.

Como explicamos estas peculiaridades de configuração? A posição da cabeça e do pescoço é natural em estados de tensão. A forma do tórax resulta da fixação prolongada dos músculos torácicos. Nestes casos, trata-se de um hábito fisiológico decorrente da ansiedade. É um axioma que a ansiedade leva alguns de nós a sustentar a respiração. Esta observação é registada repetidamente em livros de aventura e nos dedicados aos perigos mais palpitantes da vida sexual. A respiração, interrompida pela ansiedade, é mais frequentemente suspensa numa expiração parcial.

Esta teoria não é rebuscada. Duvido que seja aceite. Baseia-se numa observação primitiva e quotidiana. Pode, por isso, esperar apenas o olhar frio e o lábio retorcido do médico do tubo de ensaio. Apresento mais alguns factos, com o devido fatalismo, por sentido de dever. Poucas pessoas respiram corretamente. Um número ainda menor de neuróticos domina este exercício simples. Os doentes ansiosos respiram notoriamente mal. São incapazes de movimentos expiratórios profundos e completos. Em particular, não expandem adequadamente as bases pulmonares. O melhor método para reduzir imediatamente a ansiedade e iniciar o repouso é induzir o relaxamento através da respiração profunda. O enchimento e esvaziamento adequados e rítmicos dos pulmões induzem uma sensação inequívoca de bem-estar nos indivíduos normais.

A respiração é grosseiramente inadequada nos doentes mentais. É notoriamente difícil examiná-los por auscultação. Qualquer clínico geral chamado a examinar doentes mentais confirmará isto. Não me refiro às dificuldades encontradas em doentes não cooperantes. Uma grande proporção de doentes mentais, particularmente melancólicos e outros sujeitos depressivos, apresenta entrada de ar inadequada em ambas as bases. Esta ausência relativa ou quase completa de sons não é atribuível a derrame, consolidação, etc.

Os doentes psicóticos são notavelmente imunes à doença física. Têm, no entanto, uma propensão especial para a pneumonia. Esta é uma das poucas marcas distintivas da vocação psicótica. É uma causa comum de morte na população geral, mas ainda mais frequente entre psicóticos. Nos doentes mentais, a morte por qualquer causa que não seja pneumonia ou doença cardiovascular é verdadeiramente rara. A pneumonia terminal do doente normal é frequentemente atribuível a diabetes, nefrite, bronquiectasia, carcinoma, etc. Estas causas atuam minimamente nos doentes mentais. Parece plausível que a tendência para pneumonia apresentada por doentes mentais, cuja imunidade a doenças físicas é surpreendente, se deva ao empobrecimento do tecido pulmonar induzido por oxigenação insuficiente. Esta, por sua vez, resulta do habitus enfisematoso produzido originalmente por fatores emocionais.

Os doentes mentais são muito suscetíveis, mesmo quando não são idosos, a pneumonia após fraturas, particularmente do fémur. A técnica cirúrgica de imobilização e tração, segura na população geral, é desastrosa e letal quando aplicada a psicóticos. Sucumbem à pneumonia. Isto pode dever-se à vulnerabilidade do tecido pulmonar induzida, como foi explicado.

Tendemos hoje a negar explicações tão fundamentais. Falta-lhes a bênção final do pormenor minucioso. Não desprezo os pormenores. O meu interlocutor,

o cientista objetivo, tende, nas suas mascaradas clínicas, a perder completamente de vista as questões mais amplas da causalidade. Este é um pecado mais mortal. Em medicina, como noutras esferas da atividade humana, não é aconselhável perder a floresta por devoção excessiva às árvores.

Existe uma forte tendência familiar para o enfisema. Talvez um dia seja incluído na categoria das psiques vulneráveis. Coloca-se a questão: a ansiedade e a tendência para enfisema são traços concomitantes de um determinado tipo de personalidade? Ou será a ansiedade que induz a postura? Não posso ter a certeza. Tanto a ansiedade como os defeitos posturais, como os descritos na cabeça e no pescoço, podem ser grandemente aliviados por métodos de relaxamento. Tais medidas não corrigem radicalmente um enfisema estabelecido. O facto de ocorrer melhoria não exclui o enfisema da categoria de doença de personalidade. Afinal, estes indivíduos demonstram uma tendência familiar para que a ansiedade e a tensão exerçam os seus efeitos em sistemas particulares — neste caso, os pulmões e os tecidos envolvidos na respiração.

O enfisema é por vezes uma sequela da asma. É razoável compreender como esta condição induz o tórax em forma de barril característico do enfisema. A asma envolve a fixação dos pulmões e da parede torácica durante a respiração. No entanto, não é geralmente reconhecido que muitos asmáticos, ainda na adolescência precoce, apresentam defeitos posturais, principalmente cifose torácica. Isto parece indicar que, pelo menos nestes casos, postura, ansiedade e sintomas físicos evoluem de forma concomitante. Muitos destes casos podem, porém, ser curados, e a sua tendência para o enfisema abortada, através de psicoterapia racional, repouso, relaxamento e correção do defeito postural. Sem a correção deste último, nada se consegue.

CAPÍTULO QUATRO
DOENÇA E POSTURA

Vimos que os traços estruturais se associam a doenças específicas. Vimos também que traços emocionais da psique induzem doença física. Um dia poderemos vir a encarar a personalidade como um mecanismo tripartido, no qual estatura, traços emocionais e predisposição para doença física e mental são indivisíveis e interligados.

Os defeitos posturais são frequentemente uma ponte entre reações ansiosas e doença física. A condição orgânica pode ser precedida por um período de perturbação funcional. Em várias doenças podemos traçar quatro fases de desenvolvimento: tensão e ansiedade, defeito postural, doença funcional e doença orgânica.

Neste capítulo estudaremos a postura na sua relação tanto com a personalidade como com a doença.

O hábito corporal está intimamente ligado ao hábito mental. A tensão muscular significa emoções tensas. Os músculos relaxados acompanham uma visão equilibrada da vida. O oriental fatalista agacha-se tranquilamente, perdido na contemplação do seu umbigo. O ocidental assoberbado, com a sua missão imperialista de submeter raças, estica-se como um galgo preso pela trela.

Observamos esta associação postura–personalidade em diferentes vocações. Estudem-se os contornos de um grupo de bispos. Estão, mais do que a maioria de nós, protegidos das marés flutuantes da conjetura por uma crença inabalável. São adequadamente complacentes. Os seus rostos são lisos e relativamente não marcados pelos ventos mutáveis da dúvida. Possuem uma corpulência confortável. Alimentam-se da sua própria infalibilidade. Esta dá-lhes uma corpulência confortável. Isto não se aplica a todos. Descreve um tipo. Esse tipo é predominante. O corpo bem isolado reflete a alma almofadada.

O soldado tem uma atitude e um porte específicos. São exigidos pelos seus instrutores. A mente do soldado é inflexível, determinada e necessariamente restrita. Não se deprecia o seu intelecto; descreve-se a sua natureza. Ele tem, por necessidade, de se agarrar ferozmente a um conjunto limitado de ideias. O seu objetivo é resistir e matar. As suas qualidades mentais refletem-se na sua postura: rígida, ameaçadora e algo limitada no alcance. Balança os braços, mas não em demasia. Balança-os rigidamente. Estes movimentos epitomizam os seus objetivos. Tem de matar segundo um plano, como parte de uma máquina. Não

deve matar para além das exigências estratégicas do seu general. A sua sede de sangue atinge um crescendo. Deve então parar para consolidar.

Mas as características mentais irrompem mesmo através do molde militar inelástico. Os alemães marcham em passo de ganso. Esta perversão ameaçadora da marcha humana, ridícula em tempo de paz, simboliza uma nação habituada a esconder a sua insegurança sob trombetas belicosas. Reflete também o seu acentuado instinto gregário. Milhares de hunos armados, marchando em passo de ganso pelas ruas, fazem arrepiar desagradavelmente o couro cabeludo. Um único huno a marchar assim é apenas ridículo, uma imitação grosseira do génio do Sr. Chaplin.

Esta ligação entre postura e personalidade observa-se também no domínio da doença. O melancólico é autoacusatório. Acredita que, ao viver, contamina o mundo. O mundo está certo em desprezá-lo. Exprime esta atitude mental na sua postura. Senta-se com a cabeça baixa, as costas curvadas e os ombros descaídos. Encolhe-se perante o mundo. Procura ocupar o menor espaço possível.

A demência precoce caracteriza-se por apatia anómala e falta de impulso. O doente torna-se um vegetal sem emoção. Não tem intenção. Isto reflete-se na sua tendência para permanecer imóvel durante horas, até que os seus pés frios e azulados inchem, como acontece na insuficiência cardíaca — fator que aqui está ausente. Estes doentes estão frequentemente na casa dos vinte anos. Se colocarmos os seus membros em posições invulgares, com os braços estendidos ou erguidos acima da cabeça, manterão essas posições anómalas durante horas, muitas vezes até que nós próprios os restituamos a uma atitude normal. A apatia mental induz inércia física. Um facto de grande interesse é que alguns destes doentes sem emoção adotam consistentemente atitudes semelhantes às assumidas por praticantes de certos cultos orientais que envolvem fatalismo extremo e abnegação dos impulsos humanos.

Encontramos várias doenças físicas em que a postura contribui de forma evidente para a doença. Estas incluem condições ósseas como a espondilite. É fácil compreender que uma coluna previamente rígida possa contribuir para a artrite. Interessa-nos mais a possível presença de um fator de personalidade. Existe uma fase prodrómica de aumento da tensão nos músculos lombares. A rigidez muscular exprime tensão psicológica. (É pena atribuirmos à expressão "nervos à flor da pele" um significado demasiado paroquial. Usamo-la para implicar um estado puramente psicológico. Deveríamos aplicá-la como o fazemos a um violino: quando as cordas estão excessivamente tensas, não produzem harmonia, mas dissonância estridente.)

Os fatores psicológicos são reconhecidos nas condições reumáticas em geral. Na espondilite encontramos uma atitude mental particular. A coluna em vara exprime o rosto de póquer.

Estes doentes são neuropáticos. Fervilham interiormente. Exteriormente são calmos. Interiormente ansiosos, mantêm-se sempre frios numa crise. Na turbulência oculta das suas almas são corroídos pela desconfiança em si próprios. Exibem uma autoconfiança serena e invulnerável. São bons administradores. Enfrentam a vida de frente, com as costas rígidas. Gostam de ordenar a vida dos outros. Isso compensa a sua incapacidade de governar a própria inquietação.

Encontramos a ciática associada não só a má postura, mas também a personalidades vulneráveis. Entre os muitos tipos de ciática, dois destacam-se para mim de forma particularmente clara. No primeiro tipo, a ciática surge precocemente, muitas vezes no início da terceira década, em indivíduos altos e excessivamente asténicos. São tipos eunocoides alongados, com diminuição da função das gónadas, ou casos de disfunção hipofisária. Tendo em conta a juventude destes doentes, a postura é deplorável. A lordose lombar é excessivamente acentuada. A compressão radicular é um fator na produção dos sintomas. Os doentes são cronicamente ansiosos. São geralmente histéricos de ansiedade. São marcadamente hipocondríacos. São indivíduos flácidos, que parecem literalmente incapazes de sustentar a sua própria estatura.

Na segunda classe, os sintomas surgem entre os 55 e os 65 anos. Ocorrem em indivíduos com um historial médico excecionalmente bom. Este tipo de ciática é a doença do homem saudável. Os doentes são invulgarmente aptos, no sentido atlético. Os seus músculos estão bem desenvolvidos. Possuem um grau de tónus natural em homens vinte anos mais jovens. Em outras palavras, os seus músculos estão anormalmente tensos para a sua idade. Estes doentes apresentam uma inclinação anterior dos ombros e lordose lombar. Exibem a postura do atleta excessivamente musculado, e não a do indivíduo flácido de hábitos sedentários.

Estes doentes fizeram da saúde um culto. São pessoas agradáveis e competentes, peculiarmente juvenis, emocionalmente imaturas. São frequentemente solteiros ou sem filhos. É quase como se mantivessem à força os atributos da juventude para compensar a ausência de descendência. Não conseguem aceitar os factos da idade nem as alterações de regime que esta impõe. Tentam curar as dores iniciais com excessivas voltas de golfe. São obsessivos em relação à saúde e sofrem por isso. Exigem que o seu corpo realize o impossível na sétima década. A sua ciática é frequentemente intratável porque

não conseguem ajustar-se ao facto de que o relaxamento, e não a atividade tónica, é o verdadeiro métier do seu sistema muscular.

Não há necessidade de insistir demasiado na associação entre estas condições reumáticas e os defeitos posturais. Estes últimos exprimem-se através da atividade de ossos, articulações e músculos. É natural que as condições reumáticas sejam a consequência. Consideremos agora afeções em que a relação postural não é tão evidente.

Várias formas de dispepsia e obstipação estão associadas a causas posturais. Estes tipos de dispepsia estão geralmente ligados à hipertonicidade gástrica. Pode estar presente úlcera duodenal. A obstipação é habitualmente do tipo espástico. Nestes casos é frequente encontrar lordose lombar. Esta envolve aumento da tensão nos músculos lombares, particularmente nos eretores da coluna. Como mecanismo compensatório, os músculos abdominais são frequentemente atónicos.

A sua função de suporte encontra-se diminuída. Não produzem um grau adequado de compressão visceral. Em alguns casos existe uma alteração da disposição dos órgãos abdominais, como se observa de forma extrema na visceroptose. Esta condição está associada a neuroses e a doenças funcionais dos órgãos abdominais. É totalmente falacioso assumir que tais sintomas se devem à posição alterada dos órgãos. Com demasiada frequência, os sintomas neuróticos e o defeito postural antecedem os sintomas viscerais.

É muito difícil determinar se a deformidade postural e as anomalias da função visceral são sinais coiguais de uma psique vulnerável ou se a primeira precede a segunda. A questão pode ser respondida de duas formas: em primeiro lugar, através do estudo da resposta ao relaxamento e à correção da deformidade postural; em segundo lugar, e talvez de forma mais natural, através do estudo dos defeitos posturais em crianças.

Para induzir o relaxamento, a melhor técnica é alternar o estiramento e o relaxamento das articulações da perna, começando no tornozelo e subindo progressivamente. A coluna lombar e, depois, a torácica são estiradas e relaxadas. Os braços são tratados de modo semelhante, começando pela articulação do ombro. Em seguida, o pescoço é estirado e relaxado. A mesma técnica é então aplicada ao corpo inteiro, iniciando o doente os movimentos de estiramento no tornozelo e subindo. Depois relaxa conscientemente todo o corpo, começando pelos tornozelos.

Há, em termos gerais, duas fases no relaxamento. Na fase superficial, os membros sentem-se lânguidos e pesados. A sensação induzida é análoga à que

sentimos num banho quente após um dia duro de exercício ao ar livre. É acompanhada por uma sensação de repouso mental. A fase profunda faz o corpo parecer anormalmente leve. Muitas vezes, o doente deixa de ter consciência dele como uma estrutura concreta. Sente-se desencarnado. Existe num estado semi-etéreo.

Não há dúvida de que os casos duodenais beneficiam consideravelmente do relaxamento e da correção dos seus defeitos posturais. Com este tratamento é mesmo possível abolir dores duodenais que reaparecem após a operação. Esta técnica tem sido praticada com grande sucesso pelo Dr. William Brown.

Quanto mais "física" é a condição que tratamos, maior sucesso obtemos com o relaxamento. Estômagos hipertónicos com espasmo pilórico, ou mesmo úlcera orgânica, respondem melhor do que casos neuróticos em que os sintomas dispépticos ocupam um lugar secundário no complexo sintomático. Alguns destes doentes acham extremamente difícil passar da fase superficial para a fase profunda de relaxamento. Sentem uma tensão crescente, uma inquietação insuportável, e sintomas referíveis ao epigastro. Estes últimos, a princípio vagos e mal definidos, acabam por incluir azia e as sensações de vazio encontradas no estômago hipertónico.

A partir do estudo dos efeitos do relaxamento, é impossível dizer se o defeito postural antecede os sintomas viscerais e também os de ansiedade. Consideraremos a questão dos defeitos posturais nas crianças.

Os defeitos de postura estão entre os primeiros sinais concretos de ansiedade e exaustão nas crianças. Podem ser observados aos cinco anos. A lordose lombar é o defeito mais comum. Sintomas digestivos envolvendo o estômago e o intestino delgado são raramente encontrados. Os segmentos superiores do trato digestivo não costumam produzir sintomas de doença crónica em crianças pequenas. Nelas, o intestino grosso parece mais propenso a anomalias. Uma proporção de crianças com lordose lombar apresenta obstipação genuinamente espástica, com eliminação de cíbalos duros e mesmo muco após intervalos de três dias. Esta obstipação espástica pode alternar com diarreia. É razoável ver nestes sinais a primeira evidência de uma tendência para condições como a colite mucosa em anos posteriores.

É mesmo possível observar, em crianças com menos de dez anos, os primeiros sinais do abdómen atónico que tão frequentemente acompanha a lordose lombar. Uma atonia tão precoce deve, com toda a probabilidade, predispor para dispepsia e neuroses gástricas na vida adulta.

A enurese é a condição, por excelência, em que a coexistência de má postura é mais impressionante. O fator psicológico na enurese há muito atrai atenção. A associação mais óbvia de uma postura deplorável passou sem comentário. Encontrei lordose lombar marcada em mais de oitenta e cinco por cento destes casos. A deformidade é por vezes excessiva, como se a criança estivesse a manter artificialmente a posição anómala.

Um fator marcante emerge do estudo da postura juvenil: em grande medida, a região afetada pela curvatura primária determina a natureza da doença resultante. Os sujeitos com lordose lombar desenvolvem enurese e obstipação espástica. Alguns são pré-reumáticos. Um número impressionante de crianças com cifose torácica desenvolve asma, mesmo antes da adolescência. Reconheço que a lordose lombar e a cifose torácica são frequentemente encontradas em conjunto. Em grande medida, uma compensa a outra. Ao referir-me a ambas estas condições, refiro-me ao desenvolvimento precoce e grosseiro da deformidade que é, sem dúvida, o defeito postural primário.

Não sugiro que todas as crianças com estas deformidades desenvolvam as doenças físicas aqui discutidas.

Não consigo explicar por que motivo a postura anómala deveria induzir, por exemplo, um controlo vesical deficiente. Mas não posso acreditar que estas duas condições, ocorrendo juntas com uma frequência tão notável, sejam mera associação fortuita. As três condições que mencionei — asma, enurese e obstipação espástica — têm um fator comum significativo: todas estão associadas a desequilíbrio do sistema nervoso autónomo. Os nossos nervos e vísceras foram concebidos para funcionar dentro do quadro de uma estrutura corporal normal. Um automóvel deixa de funcionar se as suas peças não estiverem corretamente alinhadas. Os componentes de um edifício podem ser de material impecável; ainda assim, ele colapsa se, ao montar esses componentes, violarmos as leis da arquitetura.

Uma explicação mecânica deste tipo pode aplicar-se a estas condições. Pode ser que o sistema autónomo seja particularmente vulnerável à mecânica adversa de uma postura defeituosa. Os osteopatas têm, por vezes, sucesso considerável em melhorar, pela correção da postura, sintomas devidos a desequilíbrio vegetativo. Tanto eles como os cirurgiões ortopédicos encaram a coluna lombar como uma espécie de vórtice a partir do qual podem irradiar inúmeras ondas de doença. Estas observações sustentam esta perspetiva.

Estas crianças com asma, enurese e obstipação espástica têm algo em comum: todas lidam com fatores psicológicos adversos no seu ambiente. São as

crianças-problema das clínicas de orientação. Algumas são ilegítimas ou enteadas. Outras, numa idade dolorosamente precoce, assumem responsabilidade por crianças mais pequenas. Em algumas, fatores económicos adversos exigem que as mães vão trabalhar. São então cuidadas, muitas vezes de forma inadequada, por vizinhos. Outras crescem em casas arruinadas pela fricção parental. Muitas são de linhagem marcadamente neuropática.

São crianças ansiosas, mas raramente a ansiedade é conscientemente sentida ou tacitamente admitida. A sua ansiedade simboliza-se em terrores noturnos, frequência miccional — muitas vezes o precursor fisiológico da enurese — hiperatividade sem propósito e sonhos assustadores, etc. Outras crianças respondem de modo diferente a fatores ambientais adversos. Mentem, roubam — uma tentativa simbólica de obter de forma ilícita aquilo de que foram privadas —, recorrem ao fogo posto, aparecem nos tribunais de menores. Estas são as crianças-problema por excelência. (A criança pequena é incapaz de reações tão maduras como a psiconeurose tal como ocorre nos adultos. A sua reação psicológica "em cultura pura" é o comportamento antissocial.)

Só raramente exibem as doenças que mencionámos. O seu estado pode ser ainda contaminado por fenómenos epiléticos. Regra geral, não exibem doenças físicas. As doenças físicas que mencionámos e as reações mais exclusivamente psicológicas parecem respostas alternativas a fatores ambientais adversos. Isto é, na infância, evidência de uma lei que enunciarei mais tarde: a da intercambialidade entre doenças físicas e psicológicas.

Não existe um problema psicológico específico no ambiente nem um traço psicológico patognomónico na criança associado a qualquer destas doenças físicas.

Nestas crianças, o defeito postural está presente antes do desenvolvimento pleno das doenças físicas a ele associadas. Tanto o defeito postural como a doença física antecedem consideravelmente o aparecimento de qualquer ansiedade consciente. Esta, como vimos, nunca é um traço conspícuo. Estas doenças da infância tendem a persistir na vida adulta, ou são precursoras de formas amadurecidas de doença. É, portanto, do maior interesse — do ponto de vista deste livro — que estas doenças infantis predisponham fortemente para um conjunto de doenças físicas na idade adulta em que uma causalidade marcadamente física não é reconhecida. É fácil reconhecer os fatores psicológicos na etiologia da doença física em crianças de sete anos quando se conhecem bem as suas condições domésticas. Não é tão fácil obter de doentes adultos as impressões esquecidas da primeira infância.

Como se tratam condições como asma e enurese em crianças pequenas? Em grande medida, por uma técnica comum a todas. O repouso é a âncora principal. Estas crianças estão mental e fisicamente exaustas. Repouso significa permanecer o mais deitado possível. Se as crianças têm dificuldade em acalmar, dão-se sedativos leves como o Adalin. Muitas vezes, permite-se apenas a frequência escolar de manhã. Ensina-se também às crianças o relaxamento muscular. Corrige-se a sua postura. Deve tentar-se corrigir fatores psicológicos adversos. A abordagem não deve ser psicanalítica. Deve consistir apenas em alertar pais que ralham ou que fazem "fuss" para os efeitos perniciosos dos seus hábitos, etc.

Em crianças com asma, enurese, etc., tive sucesso negligenciável com tratamento à base de extratos glandulares, estabilizadores do sistema nervoso autónomo, ou com psicoterapia aplicada exclusivamente à criança. Estas condições não se prestam a tratamentos ditos específicos. É particularmente insensato tratar crianças asmáticas com fármacos antiespasmódicos sem corrigir as suas deformidades posturais e sem proporcionar repouso.

Não peço desculpa por aplicar o mesmo tratamento a condições diferentes. É uma consequência lógica do muito que há de comum na sua etiologia. Afinal, o denominador comum fundamental de todas estas condições é uma psique exausta. A harmonia entre mente e corpo está quebrada. A expressão desta desarmonia é diversa. Mas quando vislumbramos, ainda que vagamente, os contornos de desarmonias fundamentais, é mais importante tratá-las do que lidar apenas com os complexos sintomáticos que delas resultam.

Tais perspetivas são anátema para muitos médicos. Vivemos de persuadir o público de que possuímos específicos. Estes são tão numerosos e eficazes que é surpreendente que a doença continue a resistir ao bombardeamento de tais terapêuticas. Mas permanecemos mórbidos porque os processos patológicos tomaram a precaução de se incrustarem na personalidade.

O uso de tais "específicos" pode não causar dano apreciável nos adultos. Nas crianças é francamente perigoso — não tanto por si mesmo, mas porque minimiza as necessidades mais gritantes de repouso, relaxamento e correção postural. São estas as medidas necessárias para desalojar a doença da psique antes de as suas trincheiras se tornarem demasiado profundas. Nesta fase, é mais importante corrigir uma inclinação geral para a morbilidade do que tratar os sinais das suas manifestações locais, através da bexiga ou dos pulmões.

Vimos que a má postura pode ser a primeira resposta patológica a um mau ambiente. Será então a forma do indivíduo a pista primária para a sua

personalidade? Os pés chatos implicam necessariamente uma alma chata? É ainda cedo para avançar com afirmações presunçosas. Mas parece que a estatura é um índice — se não um precursor — de temperamento e de predisposição para a doença. Recordo-me bem de uma rapariga nervosa, na casa dos vinte anos, com vários sintomas somáticos de ansiedade e uma cifose marcada. Avisei-a, não inteiramente a sério, de que, se não corrigisse os seus hábitos e a sua postura, desenvolveria asma. Não conhecia a sua história familiar. Vim a saber mais tarde que estava saturada de asma.

Eis um exemplo de postura e personalidade divergentes num irmão e numa irmã. O irmão é alto e asténico. Aos vinte anos apresenta lordose lombar marcada, abdómen projetado para a frente e ombros caídos. É hipocondríaco. Falta-lhe impulso. "Cai" mental e fisicamente.

A irmã, dois anos mais velha, é baixa e compacta, com os ombros puxados para trás de forma tão marcial que os grandes redondos ficam demasiado evidentes para um vestido de noite. Move-se com rapidez. Ele mal se move. Ela é muito sensata e competente. Tem jeito para a administração. Tem episódios de depressão que desvaloriza.

"Qualquer pessoa pode ficar neurótica se deixar." A sua atitude é diametralmente oposta à do irmão. São afetivos um com o outro. Sempre foram. Ela tem um afeto possessivo por ele. Na infância, ele brincava com bonecas enquanto ela subia às árvores. Aos vinte anos, ele senta-se no seu colo na sala de estar. Não mostra embaraço visível.

Este exemplo tem outra característica interessante. Em criança, a irmã estava a desenvolver uma inclinação anterior. Corrigiu a sua postura e o seu caráter. Possivelmente alterou a sua personalidade. (Os psicólogos académicos sugerem que a personalidade é inalterável; pode ser moldada um pouco antes da puberdade.) Por vezes pergunto-me qual será a história futura deste par. A dela, pressinto, será menos favorável. Assumiu um papel para o qual estava mal escalada. A batalha nem sempre é para os fortes.

Embora exista uma associação clara entre ansiedade e postura anómala, não creio que tais alterações estruturais sejam "abrangidas" numa única geração. Certamente a coluna se curva num mau ambiente. Pode-se corrigir a curvatura e abortar as doenças que dela resultam, desde que a criança seja tratada suficientemente cedo. Mas estes defeitos posturais são provavelmente também a primeira confissão, por parte da criança, da sua hereditariedade neuropática. Estão a aumentar de forma alarmante.

Aqui e noutros pontos descrevi atributos mentais de diferentes pessoas e diferentes tipos humanos. Não utilizei a nomenclatura da psicologia moderna. A medicina está entorpecida e embriagada pelo hábito nauseante de nomear em excesso. A mania dos nomes é um obstáculo ao conhecimento. Não há mérito em anestesiar a audiência com uma nuvem de palavras. É um hábito infeliz. Crianças e psiquiatras exibem-no.

Indiquei que certos traços mentais amplos se encontram em diferentes variedades de personalidade. Não sugeri que cada uma, quando propensa a doença de qualquer tipo, tenha a sua reação neurótica específica. Ouvimos muitas vezes que novos tipos de neurose serão revelados por novas classificações da psicopatologia. Acredita-se, num paradoxo curioso e risível, que o desenvolvimento médico se exprime na descoberta de novas doenças. Muitos consideram que a medicina do futuro nos oferecerá o benefício duvidoso de duplicar o número de doenças que estudamos hoje. Não o penso. O próximo meio século não estabelecerá a mesma quantidade de dados patológicos que o último. Ocupar-se-á de interpretar de modo diferente os dados já disponíveis. Estudaremos mais as associações físicas dos traços mentais e o tipo de estatura observado com eles. O número de tipos assim delineados será menor do que imaginamos.

Neste capítulo há uma lição que, acima de tudo, gostaria que fosse apreendida: os fatores sociais na infância são tão potentes que induzem os primórdios da doença física e até alteram a configuração dos doentes. Tais reações observam-se em setores submersos da comunidade. Vemo-las também, em grande desenvolvimento, nas crianças de artesãos respeitáveis que desejam para os filhos uma oportunidade melhor do que a que tiveram. Os filhos têm de singrar. Têm de chegar ao topo. São crucificados na cruz das bolsas do Estado. Incutem-lhes objetivos falsos na arte de viver. Investigaremos estes problemas mais adiante.

CAPÍTULO CINCO
DISFUNÇÃO SEXUAL E DOENÇA FÍSICA

É um axioma da psicologia que a ansiedade nasce da interferência com o funcionamento dos instintos primários. O instinto sexual é o mais sujeito a frustração no nosso sistema social. Estamos cercados de tabus. As nossas vidas são longos catálogos de inibição. Não me proponho tratar as virtudes, os vícios ou as origens de tal sistema. Não enumerarei a evidência da nossa frustração sexual em comparação com comunidades mais primitivas. Nem abordarei as inúmeras anomalias psicológicas que daí resultam. São como as areias do mar. Constituem o tema principal da maioria dos manuais de psicologia. Tratarei apenas da relação entre o instinto sexual e a doença física.

Nas condições reumáticas, particularmente nas mulheres, a frustração sexual desempenha um grande papel. Isto aplica-se sobretudo à fibrosite e às formas periarticulares de reumatismo (artrite reumatoide). Conheço um especialista em reumatismo que invariavelmente perguntava às suas doentes com que frequência tinham relações sexuais e quão satisfatórias eram. O papel da frustração sexual na indução do reumatismo não é difícil de seguir. A interferência com o instinto sexual é provavelmente, talvez quase certamente, a causa mais comum de ansiedade.

A ansiedade crónica aumenta a tensão muscular. Condições reumáticas dos músculos, fáscias e tecidos periarticulares são favorecidas por essa tensão pré-existente. (Desde o início da guerra observei um aumento acentuado da incidência de fibrosite no começo do verão. Atribuo-o não apenas às condições de guerra em geral, mas à crescente tensão provocada pela deslocação no apagão. Estes casos estivais de fibrosite incluem um grande grupo de doentes que têm de conduzir veículos motorizados depois de escurecer.)

Tremores fibrilares são observados nos músculos adjacentes às articulações em casos iniciais de artrite reumatoide. Um questionário cuidadoso muitas vezes revela a presença desses tremores antes do aparecimento dos sintomas articulares. O coito satisfatório é um dos mecanismos mais eficientes de relaxamento muscular. A sensação de repouso após o coito é um dos seus principais prazeres. Privada deste antídoto para a tensão muscular, a doente, quando outros fatores predisponentes estão presentes, é suscetível a crises de reumatismo.

Considero a frustração sexual e o reumatismo sobretudo nas mulheres pela simples razão de que a esmagadora maioria dos casos em que pude traçar a ligação com certeza eram do sexo feminino. Fatores semelhantes podem atuar

numa proporção apreciável de casos masculinos. Sublinhei suficientemente que, dada a existência de tensão, os traços glandulares e de personalidade determinam a natureza da doença. Pode sustentar-se que, nos homens, o fator da frustração sexual procura outras falhas na constituição masculina.

Há alguns factos que vale a pena aduzir sobre o tipo de mulher reumática em quem fatores sexuais contribuem para produzir doença. É uma doença da mulher que teve satisfação parcial ou algum grau de estimulação sexual. Afeta mulheres casadas com homens inadequados às suas necessidades sexuais. Ocorre também em mulheres que são elas próprias sexualmente reprimidas. Ataca ainda as que vivem em estado de tensão sexual crónica, sem qualquer tipo de descarga. Afeta a mulher de meia-idade no decurso de um longo noivado. Encontra-se em mulheres casadas em que o afastamento, devido a fricção doméstica, levou à cessação ou diminuição do coito.

As mulheres reumáticas tendem a produzir sintomas na menopausa, ou pouco antes ou pouco depois. Estes casos não são exceção. Os sinais da doença surgem, assim, quando a tensão sexual está a diminuir. Isto é análogo ao que acontece nos casos de fibrosite estival que acabámos de referir. Estes produzem sintomas quando o apagão já não é um flagelo para o condutor de automóvel ou camião.

Naturalmente, é possível que, nestes casos reumáticos, o declínio da função endócrina atue como precipitante. Isso também pode acontecer numa neurose. Uma atividade endócrina aumentada pode ser bem suportada num período de stress. De facto, algumas formas de atividade endócrina são especificamente "ordenadas" para estimulação em períodos de emergência. A secreção de adrenalina é um mecanismo destinado ao ataque ou à fuga e evocado por intenções de sobrevivência. Tem-se prestado pouca atenção ao declínio da função endócrina, como causa de sintomas, após períodos de stress vividos pela psique.

Um facto interessante é que os terrores noturnos, que notoriamente afligem a criança reumática, têm muitas vezes um simbolismo sexual marcado quando interpretados à luz da hipótese freudiana.

Num capítulo anterior tentámos atribuir diferentes variedades de disfunção glandular às diferentes doenças de tensão. Indiquei que nenhuma glândula podia ser especialmente incriminada no caso do reumatismo. Temos fortes indícios de que a disfunção das gónadas é importante nas condições reumáticas. Ainda não é tempo de dogmatizar. Se estudarmos a questão mais

ampla das gónadas em relação à tensão muscular, obtemos dados extremamente marcantes.

Ao tratar a melancolia com extratos de hormona masculina (testosterona), observei o aparecimento de tremores à medida que aumentava progressivamente a dosagem. Estes tremores afetavam sobretudo a cabeça e os membros superiores. No início, não atribuí grande significado a estes achados. Tremores, vagos, fugazes e difíceis de classificar, ocorrem frequentemente na melancolia.

É também possível observar, em melancólicos agitados, um tremor digital, análogo — mas ligeiramente mais grosseiro — ao que ocorre no hipertiroidismo. Mas, ao aumentar a dose de testosterona, verifiquei que todos os tremores característicos da síndrome e da doença de Parkinson podem ser induzidos nestes doentes. Os achados mais característicos são o espasmo de assentimento da cabeça, o tremor de pronação e supinação dos braços e os movimentos de "rolar a pílula" do polegar e do primeiro dedo. Ao reduzir a dose, os tremores cessam. Encontrei este fenómeno em doentes de ambos os sexos. É, contudo, mais marcado nos homens, em casos em que existia restrição sexual por longas permanências em hospital e em tipos naturalmente inibidos quanto à função sexual.

Como tanto a síndrome como a doença de Parkinson se associam não apenas a tremores, mas também a espasticidade e rigidez muscular, a relação entre a atividade das gónadas e a tensão muscular parece ficar estabelecida.

Há ainda outro aspeto fascinante a considerar. A tensão e a espasticidade presentes tanto no parkinsonismo como na sobredosagem de testosterona são sinais de atividade perturbada do corpo estriado e do tálamo. Esta área do cérebro está também envolvida na expressão das emoções. A ação da testosterona ao perturbar a função do tálamo e do corpo estriado é uma espécie de emblema físico da teoria freudiana do papel da função sexual na génese das perturbações emocionais.

Terão as gónadas masculinas um papel na indução de condições espásticas como na doença de Parkinson? Passaremos a encarar, mais tarde, esta paralisia orgânica como parcialmente contribuída por anomalia sexual? Será o reumatismo na mulher uma doença em que há deficiência de hormona masculina ou relativa hiperatividade de hormona feminina? Só o futuro o poderá mostrar. Limito-me a indicar linhas futuras de abordagem ao estudo do reumatismo e do parkinsonismo e à consideração de todo o problema da função muscular em relação com a atividade das glândulas sexuais.

Tanto no reumatismo como na paralisia agitante, a tensão, a preocupação e a hereditariedade são fatores etiológicos importantes. Estas doenças estão especificamente associadas a disfunção das glândulas sexuais. Poderia apresentar mais evidência para as minhas conclusões. Mas este é um livro escrito com a esperança de incentivar uma nova perspetiva em medicina. Os meus capítulos não podem, portanto, ser escritos segundo o molde de artigos para revistas médicas.

Este novo aspeto do reumatismo e do parkinsonismo lança nova luz sobre a etiologia da coreia. Esta doença está estabelecida, para além de qualquer dúvida razoável, como uma condição reumática. É a condição reumática por excelência da puberdade e dos anos que a precedem. Podemos, portanto, encarar a coreia como uma resposta intermédia entre o reumatismo e a paralisia agitante. Ora, o reumatismo é, sob muitos pontos de vista, uma condição infeciosa. A paralisia agitante é degenerativa. A coreia tem, até certo ponto, propriedades de ambas. Mostra outros sinais de infeção reumática, por exemplo cardite. Exibe movimentos atetósicos que se originam na mesma área afetada pela paralisia agitante. O reconhecimento de disfunção das gónadas fornece-nos uma base patológica comum para cada uma destas condições.

Não sofro de obsessões sobre endocrinologia. Não a vejo em toda a parte. Não preciso de fabricar teorias totalizantes em que a disfunção das glândulas endócrinas é descoberta em todas as doenças. O que disse sobre discrasia endócrina não invalida crenças atuais que sublinham a importância de infeção, frio, fadiga, etc. Do mesmo modo, não questiono as teorias etiológicas atuais aplicáveis à paralisia agitante.

Tais fatores etiológicos lidam com causas desencadeantes e predisponentes num plano acessível à investigação, do ponto de vista da medicina praticada hoje. A minha teoria recua mais, até às fendas escuras da predisposição. Estou a ver estes casos do ponto de vista de quem estuda personalidades fundamentalmente propensas a certos tipos de doença. E, dentro dos limites do nosso conhecimento atual, o funcionamento relativo das glândulas endócrinas determina a natureza da psique.

As glândulas sexuais desempenham um papel na arteriosclerose, a mais comum de todas as doenças de tensão. A testosterona tem um excelente efeito em certas das suas manifestações. Estas são sobretudo perturbações circulatórias locais, como gangrena periférica e hipertrofia prostática em sujeitos com degenerescência arterial. Um grande número destes últimos tem um historial sexual insatisfatório. Há dois subgrupos. No primeiro, a atividade sexual foi abortiva. Inclui os masturbadores adultos e os praticantes de atividade sexual

aquém do coito completo, por exemplo coito interrompido. O segundo grupo consiste nos atletas sexuais. A sua proeza exprime-se numericamente. Nenhum ato individual de coito satisfaz. Procuram perfeição nos números. Perseguem o ideal simples de quantidade antes de qualidade.

Ambos os grupos respondem bem à testosterona. Não consigo explicar o mecanismo real da recuperação. Posso apenas testemunhar a sua ocorrência.

O cancro é o nosso maior problema médico. Tem vindo a mostrar uma incidência crescente nas últimas décadas. Teorias que incriminam infeção, irritação e fatores embriológicos como agentes causais principais fornecem explicações apenas inadequadas.

O cancro da mama é uma doença que surge frequentemente como sequela de mastite crónica. Esta última ocorre muitas vezes em mulheres na casa dos trinta anos, ou até mais cedo. O aumento da tensão mamária associa-se a sexualidade frustrada, desejo de ter filhos, ou ambos. Muitas destas doentes são solteiras. Alguns observadores questionam que o cancro da mama derive de mastite crónica em número apreciável de doentes. Quanto mais especializado é o observador, mais nega a ligação entre mastite e malignidade. Por outro lado, os médicos de família insistem na relação. Este é um facto significativo.

Os médicos de família tendem mais a encarar os doentes como um todo. O especialista cirúrgico concentra-se de forma demasiado exclusiva na mama. Os que se dedicam exclusivamente à investigação oncológica sofrem das limitações inseparáveis da ultraespecialização. Tendem a encarar a doença que estudam como um circuito rigidamente fechado. Procuram sempre uma ligação rígida entre causa específica, sintomas específicos e cura específica. A personalidade do doente pouco lhes importa. É uma intrusão indesejada no ar puro da exatidão matemática.

Menciono os pontos de vista de diferentes tipos de investigadores porque considero que os traços de personalidade desempenham um papel importante no cancro da mama. Devemos, portanto, ser cautelosos e evitar prestar homenagem excessiva a especialistas desinteressados do fator personalidade.

A mastite crónica ocorre em mulheres com instintos maternos e sexuais frustrados, mas ainda potentes. Ataca muitas vezes mulheres de configuração masculina, sem chegar ao virilismo. Estas mulheres têm frequentemente uma psicologia parcialmente masculina. São administradoras duras e implacáveis. São muitas vezes psicologicamente homossexuais. Conservam os impulsos instintivos da feminilidade. Exibem as manifestações externas da masculinidade. São exemplares robustos. Este tipo é propenso ao carcinoma.

É possível relacionar estas observações clínicas com algumas das teorias mais respeitáveis da formação do cancro. A característica essencial da fundação tumoral é o desenvolvimento de novas células, envolvendo ou um excesso das normalmente presentes ou a produção de formas primitivas ou anómalas. Este processo tem analogias com a reprodução. Loeb salientou que, em alguns animais, os óvulos podem ser induzidos ao desenvolvimento partenogénico por ação química. Walker, Farmer e Moore acreditam que células adjacentes exibem metade do número original de cromossomas. Tal como na fecundação do óvulo, essa conjugação favorece um novo impulso de crescimento. Rotter vê as origens do cancro nas deambulações embrionárias de células sexuais primitivas, que podem alojar-se em tecidos primordiais diferentes dos destinados a formar gónadas.

As minhas observações sobre a constituição destas doentes convencem-me da existência nelas de desejos sexuais e maternos insatisfeitos. É peculiar e fascinante que algumas teorias reflitam, no domínio da patologia, estes impulsos primitivos.

Há evidência crescente de que o estradiol, o princípio ativo da hormona feminina, tem propriedades indutoras de cancro. A testosterona, o princípio masculino, tem o efeito oposto. Será possível que, no grupo aqui discutido, a restrição da atividade sexual tenha favorecido o carcinoma? Esta sugestão, cautelosa, é demasiado fundamental e generalizada para atrair a atenção dos intérpretes do tubo de ensaio da natureza humana. É demasiado grosseira para merecer reflexão por parte daqueles hábeis dissecadores do corpo humano, que observam e operam uma única vez e contam como curas todos os casos que nunca mais voltam a ver.

As minhas observações sobre a origem de carcinomas da mama, em certos tipos de mulheres com mastite crónica, são corroboradas por enfermeiras experientes. Devemos sempre respeitar as opiniões de uma boa enfermeira em questões deste género. Ela sofre menos do que o médico com noções preconcebidas. Não é versada em patologia; as suas observações estão menos condicionadas. Relata sintomas grosseiros, como dor, sinais grosseiros, como febre.

Ainda assim, se se limitar rigidamente a essas observações falha o seu dever. Por isso, é impelida a oferecer-nos a sua impressão total dos doentes. No seu melhor, é uma estudante de personalidade. É um anacronismo que as nossas auxiliares estejam mais devotadas ao essencial do que nós. Espero que encontrem conforto no pensamento de que é melhor ser serva na Casa do Senhor do que governante nas tendas dos ímpios.

Abstenho-me de discutir carcinomas noutros locais simplesmente porque os meus dados sobre traços de personalidade são insuficientes em carcinomas que não os da mama feminina. Há pelo menos um outro cancro em que fatores de personalidade são predominantes: o cancro que surge sobre formação fibromatosa no útero virgem de mulheres solteiras. Aqui, muitas vezes, o fibroma e o cancro subsequente exprimem um desejo inibido de reproduzir.

Tratei apenas das doenças físicas atribuíveis a disfunção sexual. Discutirei brevemente condições psicóticas cuja etiologia reside nos aspetos físicos da função sexual. A minha justificação é esta: estou a lidar com psicoses menopáusicas em mulheres. Estas são demasiadas vezes atribuídas a causas puramente psicológicas. Os sintomas são considerados devidos a hábitos psicológicos defeituosos. Crê-se que a menopausa induz uma reação adicional predominantemente psicológica: anuncia que um canal de expressão da psique feminina se está a fechar. Há evidência de que a causa destes sintomas não é tão exclusivamente psicológica.

Os resultados mais marcantes que observei no uso de hormonas sexuais foram obtidos no tratamento de mulheres com psicoses menopáusicas com testosterona. (Anteriormente tratei estes casos com estradiol, a hormona feminina. Algumas responderam bem. Os resultados obtidos com estradiol não foram, de modo algum, comparáveis aos obtidos com testosterona. A hormona é administrada por fricção cutânea. A pele do abdómen é a área utilizada.)

Não me refiro ao tratamento daqueles estados depressivos, com ou sem sintomas somáticos, que se associam habitualmente à menopausa. Refiro-me a psicoses "em pleno sangue". Obtive curas na melancolia involutiva e na fase depressiva da psicose maníaco-depressiva que ocorre na menopausa, através de tratamento com testosterona. É geralmente reconhecido que estas duas condições são graves, intratáveis e com tendência para a cronicidade. A sua cura é uma questão de anos ou de meses. Usando testosterona, consegui devolver melancólicas menopáusicas a uma existência independente e responsável em menos de dois meses.

Tratei também, por este método, reações paranoides e confusionais, de grau profundamente psicótico, associadas à menopausa. Não conheço outro método capaz de resolver, em tão pouco tempo, condições geralmente consideradas de prognóstico tão grave.

Um facto marcante emerge em relação a estas graves condições menopáusicas nas mulheres: as que respondem de forma mais dramática à hormona masculina são mulheres em quem a atividade sexual foi nula ou

mínima. Hesito em associar-me à teoria totalizante de que as atividades psicológicas nas mulheres se devem à falta de estimulação sexual pelo homem. Mas é inconfundível que se observam os melhores resultados com testosterona em mulheres privadas de relações sexuais. É possível que o coito produza, na mulher, algum metabolito benéfico semelhante à testosterona. Tratei mulheres com psicoses depressivas menopáusicas e outras, com estradiol, com misturas de estradiol e testosterona e, por fim, com testosterona isolada. Para este fim de aliviar sintomas psicológicos, as duas hormonas não são mutuamente antagonistas. A hormona masculina atua como uma espécie de dominante. É deprimente pensar que a doutrina da superioridade masculina se reflete até nas gónadas, mas, certamente, os casos que respondem bem ao estradiol respondem ainda melhor à testosterona.

Para benefício daqueles que experimentaram assiduamente, e com poucos resultados, hormonas masculinas e femininas nestas condições e que, naturalmente e com razão, se tornaram desconfiados das suas propriedades benéficas, gostaria de salientar dois pontos. Em primeiro lugar, apenas os produtos mais recentes, como Ovocyclin e Progynon (hormona feminina) e os dois equivalentes masculinos, Perandren e Testoviron, são eficazes. (Não pretendo dizer que estes sejam os únicos produtos recentes de utilidade indiscutível; são apenas os que usei extensamente.) Em segundo lugar, a hormona deve ser administrada por via cutânea, por fricção.

Os factos anteriores sublinham que a frustração sexual é uma causa potente de psicose. Como as vias de atividade sexual dependem tão largamente da ética dominante, é óbvia a relação entre as doenças discutidas e o sistema social vigente. Deve ainda sublinhar-se que a abstinência sexual tem sido citada, regular e durante anos, como causa de perturbação psicológica nos homens. A sua função na indução de sintomas patológicos nas mulheres tem sido menos destacada. Na minha experiência, os efeitos da abstinência nas mulheres são muito mais profundos.

Talvez o facto de se observarem após um período de latência mais longo explique, em parte, o não reconhecimento deste dado. Todos podemos traçar, num grande número de casos, a ligação entre neuroses de ansiedade e neuroses obsessivas em homens jovens e a interferência com o funcionamento natural do instinto sexual. Não apreciamos suficientemente que, aqui, mais uma vez, é a mulher que paga. Mas ela sofre mais tarde. A neurose de ansiedade nos homens jovens e a melancolia em mulheres de meia-idade são muitas vezes atribuíveis à mesma causa.

Quando se considera também que referi doenças atualmente consideradas físicas, em que os desajustamentos sexuais desempenham um papel importante, o leitor compreenderá a enorme influência da ordem social na indução de doença.

Em conclusão, deve sublinhar-se que existem outras doenças consideradas físicas — no sentido de serem sobretudo do domínio do clínico geral — em que o tratamento com hormona masculina tem um efeito benéfico. (Menciono a hormona masculina em particular porque, como indiquei, considero-a geralmente dominante e não antagonista do produto feminino.) O hipertiroidismo e a diabetes respondem favoravelmente à testosterona. A associação entre hipertiroidismo e estados de ansiedade crónica e stress é geralmente admitida.

Sugerimos a atuação destes fatores na diabetes. A ansiedade crónica resulta mais frequentemente da interferência com o funcionamento de um instinto primário. O instinto mais frequentemente restringido pela nossa civilização atual é o sexual. Frustrar a atividade sexual normal é negar à personalidade uma oportunidade de repouso completo. A existência moderna incentiva em excesso a perseguição de coisas vagas, nebulosas e inatingíveis. Sublinha demasiado pouco a satisfação de objetivos imediatos e inofensivos. Esta é uma das causas mais importantes de morbilidade no nosso sistema social. Teremos de adiar a sua investigação mais aprofundada.

LIVRO DOIS
A NATUREZA NEUROPÁTICA DA DOENÇA

CAPÍTULO SEIS
A DOENÇA ENQUANTO VARIÁVEL SOCIAL

Neste capítulo trataremos da incidência variável de diferentes doenças em diferentes etapas da nossa história social. Esta questão exige estudo para que possamos observar o efeito do sistema social na forma como a doença se manifesta. Além disso, este estudo introduz o fator da permissibilidade na doença. Em grande medida, contraímos as doenças que nos são "permitidas".

Já não somos suscetíveis a visitantes raros e mortíferos como a peste e a cólera. Estão a desaparecer. Isto é atribuído apenas a medidas de saúde pública. Tal é uma evasão. Os sanitários são os primeiros a admitir que as doenças infeciosas se propagam enormemente entre aqueles que nunca adquiriram, ou que perderam, imunidade a tais doenças. O sarampo, na sua primeira aparição nas ilhas do Pacífico, foi um flagelo ubíquo e letal. Também ocorrem pandemias em comunidades em que a imunidade se perdeu.

Ora, na Europa Ocidental, o último grande surto de peste foi há séculos. Não tivemos oportunidade posterior de adquirir imunidade à peste. Duvido que mesmo os bacteriologistas mais entusiastas afirmem que possuímos uma imunidade à peste transmitida pelos nossos antepassados de 1665, ou que a Peste Negra explique a nossa resistência atual. Não tivemos grandes surtos de varíola há décadas. O público está, portanto, laxista quanto à vacinação. É razoável supor que estamos a perder grande parte da nossa imunidade à varíola. Ora, peste, cólera e varíola são altamente contagiosas. Um ou dois casos podem iniciar vastas pandemias. Há anos que surgem regularmente casos destes em portos europeus. Continuarão a surgir. Não há pandemias. As autoridades de saúde pública afirmam que isso se deve a medidas higiénicas como o isolamento imediato. Mas como se isolam casos destas infeções durante o período de incubação, quando muitas delas são claramente infeciosas? Os capitães de navios de carga isolam automática e imediatamente pessoas com mal-estar indefinido como possíveis casos de peste?

Por que razão a incidência de peste entre brancos, onde a doença é endémica, é muito menor do que entre a população nativa? Podemos aceitar a explicação de que o europeu é tão manifestamente poupado à infeção apenas porque a sua casa é mais higiénica? E o europeu é não imune. O nativo teve oportunidades admiráveis de adquirir imunidade. O mesmo argumento aplica-se

a muitas doenças tropicais. Onde comunidades inteiras estão saturadas de febre tripanossómica, o europeu em grande medida escapa. Esta doença é transmitida pela mosca tsé-tsé. As comunidades europeias têm melhores medidas de proteção, mas é um pouco ridículo atribuir ao europeu poderes mágicos para evitar insetos. Afinal, basta uma picada para infetar. O europeu escapa porque a civilização o tornou um homem diferente. Tem fraquezas e pontos fortes diferentes.

Devemos procurar uma explicação análoga àquela que explica o facto de, em hospitais psiquiátricos que durante anos tiveram infeções maciças com disenteria asilar, os funcionários sempre escaparem. Aí, a razão é a mesma. Enfermeiros e auxiliares são uma variedade diferente da raça humana. Trabalham entre doentes cujos hábitos descuidados e degradados naturalmente favorecem a propagação da infeção. Não adquirem a doença. O único caso de disenteria asilar que alguma vez vi num funcionário foi num indivíduo profundamente psicopático. Durante a disenteria apresentou sintomas psicóticos.

O homem ocidental está a tornar-se muito menos propenso a estas infeções pandémicas catastróficas. Provavelmente esta afirmação aplica-se também a algumas doenças crónicas como a tuberculose. O rápido declínio na incidência deste flagelo não deve ser atribuído apenas ao aumento das medidas higiénicas. Não se deve esquecer que a higiene é, em grande parte, uma questão pessoal. Pode-se pregar ventilação e colocar pessoas em casas com janelas melhores. Isso não significa que as mantenham abertas. Pode-se dizer a doentes tuberculosos que não devem escarrar senão em recipientes adequados. Não necessariamente o farão. Os tuberculosos são peculiarmente descuidados quanto a medidas dirigidas ao controlo da doença em si próprios e nos outros.

A resistência relativa do homem ocidental às infeções deve-se à sua natureza alterada. Não devemos ser enganados pelo otimismo empolado das autoridades de saúde pública. Estão sobretudo preocupadas com doenças infeciosas que, é certo, estão a diminuir. Nós estamos preocupados com o crescente tributo das doenças constitucionais crónicas, incluindo males físicos como a úlcera péptica, a diabetes, o cancro, o reumatismo, etc., e as diversas e paralisantes neuroses e psicoses. Estas estão, sem dúvida, a aumentar vertiginosamente.

Certamente, menos de nós morre nestas pandemias catastróficas. Mais de nós sobrevive aos perigos da infância. O resto de nós pode até viver mais tempo. Mas concluir daí que somos mais saudáveis é falacioso. A saúde social de uma comunidade — vista sobretudo do ponto de vista da sua existência segura, com

a barbárie a ameaçá-la — revela-se na saúde dos vivos e não no número dos que escapam à morte. Poderíamos, com igual lógica, argumentar que um país é pouco saudável porque perde dois milhões de homens numa guerra. Estamos poluídos de neurose. Em grande medida, a neurose não mata. Mas lega à geração seguinte uma vitalidade empobrecida que não se exprimirá apenas em neuroses ou psicoses: mais cedo ou mais tarde — e quase sempre mais cedo — dará origem a reumatismo, úlcera péptica, etc.

Considere-se também que, na nossa democracia humana, uma grande parte da medicina se dedica à melhoria de sintomas em doenças crónicas, de tal modo que os cronicamente debilitados — atingidos por doenças para as quais não existe cura absoluta, como a diabetes e o reumatismo — são mantidos vivos por terapêuticas substitutivas, como a insulina num caso, e por técnicas das mais dispendiosas e elaboradas no outro. A vitalidade do nosso património biológico está a empobrecer. Estamos a usar as nossas energias mentais não para reconstruir de novo, mas para tornar a vida suportável para os seus patos coxos. Não é exagero dizer que, no que diz respeito aos médicos, a maior parte das nossas energias construtivas é consumida por estes patos coxos, e que a nossa atenção a eles aumenta todos os anos. É uma conceção estranha de comunidade saudável.

PERMISSIBILIDADE NA DOENÇA

O grande desenvolvimento da medicina preventiva, no significado aceite do termo, fez com que a tendência mórbida se exprimisse mais em condições físicas não infeciosas e, ainda mais claramente, no domínio psicopatológico.

O aumento da incidência de doença psiconeurótica deve-se em grande parte aos seguintes fatores:

O medo, geral ou particularizado, a indecisão e a dúvida eram anteriormente encarados com opróbrio. Ninguém se preocupava em saber se tinham origem numa neurose. Com a chegada da era da psicologia, os medos e as dúvidas da neurose receberam compreensão simpática. Até agora isto ocorreu sobretudo na classe que pode pagar três guinéus por sessão por simpatia e compreensão. A psiconeurose tornou-se certamente uma doença permissível na burguesia e nas classes altas. Antes, uma falha moral; durante algum tempo, quase um ativo social. Os clichés do psicanalista eram atirados de um lado para o outro como volantes de conversa, nos boudoirs e salas de estar de mulheres ociosas. "Minha querida, o meu analista acusa o meu tio." Os seres humanos são altamente sugestionáveis. Se forem encorajados a produzir

sintomas, produzirão sempre. Não fomos todos treinados para evitar perguntas sugestivas ao recolher histórias clínicas?

A última guerra deu um grande impulso à investigação psicanalítica. É irónico que esta guerra lhe possa agora administrar o golpe de misericórdia. Muitas pessoas descobriram no serviço social uma terapêutica melhor do que essas sessões intermináveis passadas no mundo dos sonhos e o registo prolixo de pecadilhos infantis.

A compreensão e simpatia pelos neuróticos estende-se também aos pertencentes às classes mais baixas. Como a vida é o que é, a taxa de "percolação" foi mais lenta. Ainda assim, temos a Lei de Indemnização aos Trabalhadores. Com este feito de legislação iluminada aumentámos a incidência de neurose numa classe pouco propensa a ela. Mas aqui, novamente, o fator de permissibilidade torna-se evidente.

Os empregadores são intolerantes para com o neurótico em pleno desenvolvimento, cujos principais sintomas se exprimem em esferas puramente psicológicas. Não serve de nada dizer ao empregador médio que tem medo de entrar num elevador — sobretudo quando ele o leva a uma mina —, que está cronicamente ansioso, que não consegue decidir-se, ou mesmo que é impotente. A consequência é que a psiconeurose encontrada em homens que trabalham em minas ou fábricas se exprime através de sintomas que parecem físicos, embora sejam psicológicos na origem. Encontramos assim tremores e paralisias sem base orgânica, em vez de fobias, dúvidas e estados de ansiedade. Encontramos também coxeaduras, peculiaridades marcadas da marcha e incapacidade de mover articulações para além de um certo grau.

O fator de permissibilidade nos homens envolvidos na indústria mostra-se pela associação muito frequente entre neurose e acidente. O operário procura inconscientemente encontrar uma causa física para os seus sintomas físicos. (Não estou, de forma alguma, a tratar de simuladores.) Um acidente é a causa física mais dramática disponível. De tempos a tempos, pedem-me relatórios e depoimentos em casos ao abrigo da Lei de Indemnização aos Trabalhadores. O ponto em discussão é sempre neurastenia traumática ou histeria. Ainda não me pediram para ver um caso de neurose de ansiedade ou neurose obsessiva atribuível a condições de trabalho industrial.

Outro fator que opera na predominância de sintomas quase físicos em operários neuróticos é o facto de a empresa apresentar quase sempre um cirurgião como perito, se o caso envolver indemnização e puder ir a tribunal. Não quero difamar a conduta de todos os cirurgiões assim envolvidos, mas a atitude

de muitos, neste particular, é deplorável. Procuram sinais de dano físico e, não encontrando nenhum, sugerem que o doente está a "fazer fita". Se chegam ao ponto de diagnosticar neurastenia traumática ou histeria, insinuam, ao depor, que isso é apenas o nome respeitável para simulação.

Mas um dos fatores mais importantes na iniciação de doenças neuróticas ou funcionais é o enorme aumento da técnica laboratorial nos últimos vinte anos. Chegámos a um ponto em medicina em que, em muitas doenças, o diagnóstico assenta mais em exames laboratoriais do que em métodos clínicos. Quem, hoje, diagnosticaria anemia perniciosa sem um hemograma? Para o diagnóstico indiscutível da tuberculose, confiamos em radiografias e testes de expetoração. Isto significa que casos duvidosos de muitas condições físicas são diagnosticados muito mais cedo do que antes. Mais importante ainda: os resultados negativos são comunicados aos doentes muito mais depressa do que outrora. E resultados negativos, indicando ausência de doença orgânica, não fazem cessar os sintomas de doença.

O efeito de uma radiografia negativa na melhoria apreciável dos sintomas de doença funcional ou neurótica é negligenciável. Há uma década ou pouco mais, imaginava-se ingenuamente que uma radiografia negativa, por si só, curaria uma cancerofobia. Nunca encontrei um verdadeiro neurótico curado por uma radiografia negativa. Compreendo que um homem com sintomas gástricos e história familiar de carcinoma do estômago se sinta consideravelmente aliviado por uma radiografia negativa. Mas tal circunstância não pode chamar-se cancerofobia: descreve-se melhor como um receio razoável.

O fator de permissibilidade observa-se também não apenas na rotina habitual da existência moderna, mas em condições de crise. Na última guerra houve incidência considerável de choque de granada no Exército Britânico. Isso foi induzido em parte pelas condições de guerra e em parte pelo entusiasmo de médicos recém-infiltrados pelos ensinamentos da psiquiatria. Por outro lado, o choque de granada foi negligenciável no Exército Francês porque não era reconhecido como entidade clínica e porque não existia provisão especial para ele. Em Inglaterra, pelo contrário, havia vários hospitais dedicados exclusivamente a condições de choque de granada.

O estrato social do indivíduo ajuda a determinar a natureza da sua reação tanto na guerra como na paz. Na guerra de 1914, a classe de oficiais foi sobretudo afetada por neurose de ansiedade ou estados ansiosos complicados por sintomas somáticos, talvez principalmente referíveis ao trato gastrointestinal. Os soldados, pelo contrário, apresentaram uma contaminação

conspícua por reações histéricas, envolvendo sobretudo estados de paralisia e anestesia sem lesão orgânica.

A Intercambialidade da Doença

A doença mental, física e nervosa é intercambiável. São expressões alternativas de uma tendência neuropática geral. Voltaremos a discutir isto ao considerar a hereditariedade. A tendência neuropática revela-se em esferas físicas ou mentais consoante fatores sexuais já discutidos ou a discutir mais adiante — por exemplo, falhas endócrinas, tendências inatas para desequilíbrio vegetativo, ou opiniões dominantes no domínio social ou económico. No caso da doença física, tratamos sobretudo das doenças constitucionais crónicas ou de tensão.

Ainda assim, este conceito de intercambialidade pode aplicar-se também a condições ainda consideradas primariamente infeciosas, por exemplo a pneumonia. Os dados são, no momento, inconclusivos mas muito sugestivos. Todos os médicos observaram períodos de conflito psicológico resolvidos por uma infeção aguda (pneumonia, infeção por organismos sépticos, etc.) em que o benefício psicológico subsequente para o indivíduo era inconfundível. Uma infeção aguda, particularmente quando, como na pneumonia, existe propensão para recorrência, é, ainda que inconscientemente proferida, um argumento tão bom quanto possível para a alteração do ambiente, de modo a reduzir a incidência de tensão.

Talvez o melhor exemplo desta intercambialidade da doença se obtenha do estudo do historial médico de doentes mentais. Estes continuam suscetíveis a algumas infeções, como tifoide, disenteria e gripe. A predisposição para as duas primeiras está a diminuir. A gripe é um flagelo tão ubíquo que nenhuma secção da comunidade é imune. Outras infeções comuns são negligenciáveis. Durante a permanência num hospital psiquiátrico com uma média de mil e setecentos a mil e oitocentos doentes, ao longo de quatro anos, não vi um único caso de sarampo, escarlatina ou difteria. O mesmo se aplica a condições infeciosas fora das febres específicas. Em quatro anos não houve um caso de apendicite.

A grande maioria dos doentes desta instituição tinha cinquenta anos ou mais. Estavam, portanto, naquela idade em que o cancro aparece. Recordo-me apenas de dois casos de cancro. Um, uma mulher na casa dos cinquenta e tal anos, tinha tido carcinoma uterino dez anos antes. Foi removido por histerectomia. Estava rija e forte, sem sinais de recorrência. No outro caso, uma mulher sofreu o que inicialmente pareceu ser uma fratura espontânea da tíbia.

Rapidamente se revelou tratar-se de fratura causada por extensa infiltração óssea com depósitos secundários de carcinoma, provenientes de um tumor mamário removido por operação alguns anos antes. Esta mulher não tinha o menor sinal de caquexia.

Os valores acima referidos não se explicam por erro de diagnóstico. Foram realizadas autópsias praticamente a todos os que faleceram, com exceção de um número muito reduzido de casos em que os familiares se opuseram por motivos religiosos.

No que respeita às doenças constitucionais crónicas, a ulceração gástrica e duodenal era inexistente. A dispepsia, sob qualquer forma, é negligenciável nos doentes mentais, quando se considera a sua enorme incidência na população normal. Uma fração muito pequena de doentes mentais senis desenvolve obstrução intestinal aguda. Um número maior apresenta sintomas sugestivos de obstrução que, quando deixados sem intervenção, desaparecem ao fim de vinte e quatro horas ou pouco mais. Na prática psiquiátrica, o bom senso aconselha vigilância e não intervenção em tipos de casos que, na prática médica geral, seriam tratados cirurgicamente com a maior urgência.

A febre reumática é raramente encontrada em hospitais psiquiátricos. As complicações cardíacas do reumatismo não são comuns. Existem, contudo, afeções reumáticas, mas estas são de natureza osteoarticular e não reumatoide, surgindo em doentes de meia-idade ou mais velhos. A tirotoxicose ocorre, mas não na mesma proporção que na população normal, sendo raramente extrema. As suas complicações mais graves, como a fibrilação auricular, são relativamente benignas.

A diabetes é mais frequente, embora de desenvolvimento pouco significativo, e a sua incidência é muito inferior ao que anteriormente se supunha. A glicosúria é comum, sendo quase invariável na melancolia e nos estados delirantes acompanhados de agitação. Contudo, muitos casos que parecem exemplos genuínos de diabetes melitos, em virtude da elevação da glicemia e de outros dados laboratoriais, devem-se na realidade a pancreatite intersticial crónica resultante de arteriosclerose.

Assim, embora a diabetes melitos seja menos comum nas instituições do que se julgava nos tempos em que o diagnóstico se baseava sobretudo no exame da urina, quando considerada em conjunto com condições afins — como a pancreatite intersticial crónica e a glicosúria associada à agitação psicótica — torna-se evidente que as perturbações que envolvem a incapacidade do

pâncreas para regular o metabolismo dos açúcares são relativamente frequentes nos doentes mentais.

Esta observação é particularmente interessante à luz da minha sugestão anterior de que a diabetes é uma doença em que intervém um forte factor psicológico, sendo razoável admitir tal hipótese quando se considera que um dos efeitos do medo é o aumento da glicemia. Deve também salientar-se que a ansiedade psiconeurótica e a agitação de intensidade suficiente são acompanhadas de glicosúria. As complicações agudas e graves da diabetes, como a hipoglicemia, são raras em doentes mentais.

As feridas em epiléticos são, naturalmente, frequentes. Na instituição anteriormente referida, supervisei, durante um período de quatro anos, uma média de oitenta a cem epiléticos. Estes doentes, apesar da vigilância mais cuidadosa, sofriam frequentemente lesões graves, em especial feridas do couro cabeludo, geralmente contaminadas por quedas no pátio exterior ou durante o trabalho agrícola. Nunca evoluíam para infeção.

Quando encontrei pela primeira vez feridas em doentes epiléticos, tratei-as religiosamente segundo os métodos ortodoxos de sutura. Foi-me então explicado que, em qualquer caso, cicatrizavam por primeira intenção, o que se confirmou. Por vezes observa-se cicatrização marcada em epiléticos, não atribuível a infeção, mas em alguns casos a uma tendência para a formação de queloides e, na grande maioria, à reabertura repetida da mesma ferida devido a quedas sucessivas durante as crises.

Em doentes mentais, algumas doenças infeciosas — graves ou de elevada mortalidade em doentes normais — seguem um curso relativamente benigno. Um bom exemplo é a erisipela. A lesão cutânea pode apresentar um aspeto absolutamente clássico, mas o doente sofre pouca perturbação geral e recupera. As explicações que atribuem este facto a uma infeção de baixa virulência são pouco convincentes, a menos que se admita que o agente infecioso da erisipela seja dotado de tal humanidade que procure poupar ao máximo o sofrimento do doente mental.

Nos doentes mentais, as causas de morte são muito limitadas. A grande maioria pode ser atribuída à degenerescência do coração e dos vasos sanguíneos e à pneumonia, geralmente do tipo broncopneumónico e análoga às pneumonias terminais dos idosos. A uremia é observada com alguma frequência, mas deve-se muito menos à nefrite parenquimatosa do que a afeções renais que exprimem, ou fazem parte integrante de uma tendência arteriosclerótica, como o rim arteriosclerótico e a nefrite crónica. A degenerescência arterial e cardíaca,

características inerentes ao envelhecimento, está bem marcada nos doentes mentais e constitui causa de morte em muitos casos.

As pneumonias terminais, das quais estes doentes morrem com tanta frequência, são sem dúvida favorecidas pelo enfisema tão comum entre eles. O enfisema associa-se igualmente à arteriosclerose como sinal de desgaste orgânico. Devemos, assim, concluir que os doentes mentais morrem, em grande medida, do que se poderia chamar causas de morte ultranaturais: morrem das condições das quais o homem envelhecido estava destinado a sofrer. Apresentam uma resistência biológica diminuída às vicissitudes da vida, expressa de forma notavelmente exclusiva na esfera mental. Ao estarem tão notavelmente livres de doença física, tornam-se falsamente análogos ao homem saudável.

Quando os doentes mentais sucumbem a doenças físicas agudas, em especial a afeções infeciosas agudas como a pneumonia, observa-se com frequência uma melhoria notável do seu estado mental. Doentes anteriormente semi-estuporosos, mudos ou apenas capazes de emitir linguagem incoerente demonstram subitamente um grau considerável de lucidez.

Esta situação é muitas vezes interpretada de forma comovente pelos familiares como um sinal de esperança. Na maioria dos casos, porém, significa exatamente o contrário, sendo frequentemente indicativa de um mau prognóstico no que respeita à sobrevivência. Se o doente recuperar, recai no seu estado mental anterior, para profunda frustração de familiares e amigos. Esta situação é tão comum que deveria ser dever de todos os psiquiatras advertir os familiares de que um aumento de lucidez nestas circunstâncias deve ser considerado um factor prognóstico desfavorável e não favorável.

Ocorrências como estas reforçam a teoria de que a doença física e a doença mental podem, em determinadas condições, constituir respostas patológicas alternativas às mesmas causas etiológicas. Tal como as doenças infeciosas podem provocar uma melhoria acentuada dos sintomas mentais, o mesmo sucede com os acidentes. Neste último caso, a lucidez fugaz pode durar tanto quanto nas condições infeciosas, embora mais frequentemente seja de duração mais curta.

Ainda mais notável é a rapidez com que se pode atingir uma clareza mental relativa após acidentes como fraturas do colo do fémur. Recordo-me de uma demente murmurante, incoerente e agressiva, com mais de oitenta anos de idade e residente contínua num hospital psiquiátrico durante quarenta e oito

anos, que foi capaz de fornecer um relato razoável do acidente que lhe causou uma fratura do fémur. Proferiu essa descrição menos de uma hora após a queda.

Correndo o risco de ser acusado de charlatanismo, atrevo-me a afirmar que variações tão agudas do estado mental podem ser utilizadas como auxiliares reais no diagnóstico médico de lesões físicas. Sempre que se suspeita de uma fratura e os sinais não são inequívocos, inclino-me a afirmar a existência de fratura quando ocorre uma súbita lacuna de clareza mental em doentes anteriormente dementes ou marcadamente dissociados. Alterações rápidas de lucidez não costumam ocorrer em lesões físicas sem fratura efetiva.

Importa agora investigar até que ponto a neurose é acompanhada ou não de doença física, questão relevante, entre outros motivos, pela crença popular de que a preocupação mata. Para efeitos desta discussão, é necessário dividir as neuroses em duas categorias. Em primeiro lugar, temos aquelas neuroses em que os sintomas da doença se exprimem em esferas predominantemente psicológicas. Incluem-se aqui os estados agudos de ansiedade, as fobias e as reações obsessivas. A verdadeira neurastenia, cuja sintomatologia consiste num estado de exaustão sem causa física tangível, acompanhada de sintomas quase físicos, como sensações de pressão na cabeça, também pertence a este grupo. Nestes casos, a doença física é pouco evidente. Os doentes tendem à longevidade e, quando ocorre doença física, esta é bem tolerada.

Tratei recentemente um homem de oitenta e oito anos que, à auscultação, apresentava sinais marcados de bronquite aguda. Os sibilos tinham o chiado característico e os roncos constituíam uma série de gemidos autênticos e impressionantes. Havia consolidação basal com acentuada diminuição da entrada de ar. Os sintomas gerais, expressos pelo pulso, respiração e temperatura, eram muito ligeiros. Tratava-se de um psiconeurótico ao longo de toda a vida, com hipocondria marcada, que expusera os seus sintomas não apenas nos centros médicos de Viena, mas até nos Estados Unidos. Este é um exemplo extremo de uma regra geral.

A profissão docente é particularmente prolífica em neuroses, sendo os seus membros especialmente afetados por doenças pertencentes a esta primeira categoria. Os professores figuram entre os membros mais longevos da comunidade. O espaço não permite citações mais extensas, mas é um facto que o neurótico puro, por assim dizer de cultura integral, é apenas ligeiramente suscetível à doença física. Neste grupo, a preocupação certamente não mata.

O segundo grupo inclui as variedades de neurose em que os estados emocionais anormais são amplamente acompanhados de reações somáticas,

como no caso do neurótico ansioso cujas crises de pânico são precedidas ou acompanhadas de sensações desconfortáveis no epigastro, sudorese, entre outras. Este tipo de neurose confunde-se impercetivelmente com aquilo a que ainda se chamam doenças funcionais, que podem ser definidas como doenças que se exprimem por sintomas de disfunção de um determinado órgão ou distribuição nervosa, sem que exista uma base orgânica demonstrável, como na taquicardia funcional. Veremos mais adiante que a tentativa de demarcar claramente as doenças neuróticas, funcionais e orgânicas é profundamente falaciosa.

Os neuróticos com sintomas somáticos são mais propensos à doença física pela simples razão de não existir uma linha divisória nítida entre estas condições e as chamadas doenças funcionais. Como estas últimas podem — e frequentemente acabam por — tornar-se orgânicas, estamos aqui perante um tipo de preocupação que efetivamente pode matar. Um exemplo desta progressão contínua do domínio neurótico para o físico é fornecido pela tendência dos estados de ansiedade ou dos estados obsessivos, acompanhados de ansiedade significativa e de sensações epigástricas anormais, para evoluírem para uma hipercloridria funcional.

Não se reconhece suficientemente que muitas das vagas sensações epigástricas que, nos neuróticos, são levianamente descartadas como imaginárias são, na realidade, expressões de hipertonicidade e de produção excessiva de ácido. Por sua vez, a hipercloridria funcional pode muito bem dar origem a uma úlcera duodenal, que pode perfurar ou que, em casos crónicos, pode tornar-se carcinomatosa. Nestas situações, podemos legitimamente afirmar que a preocupação mata.

Contudo, o facto mais interessante que emerge do estudo destes ciclos de doença, progredindo de forma constante do neurótico para o orgânico, é que quanto mais físicos se tornam os sintomas, menos o caso se complica com ansiedade consciente. O doente com úlcera duodenal sente-se menos ansioso do que o neurótico ansioso com crises de pavor indefinível e algumas sensações vagas na região do plexo solar. O sintoma físico substitui e, em grande medida, elimina a ansiedade consciente.

Ao longo de toda a medicina encontramos a tendência para as doenças físicas e nervosas se substituírem mutuamente. A mortificação da carne poupa a mortificação do espírito. Esta realidade é quase intuitivamente sentida por muitos neuróticos. Quantas vezes não ouvimos: «Se ao menos tivesse algo físico, algo tangível. Não me importava que fosse tuberculose»? O neurótico clama frequentemente pela legitimação conferida pela doença física. Esta última,

quando surge, tem muito frequentemente um excelente efeito sobre o estado psicológico do neurótico.

Sabemos que tremores e paralisias de origem histérica, sem lesão real do cérebro ou da medula espinal, constituem um meio de resolver dificuldades psicológicas do doente. Por exemplo, os casos de choque de guerra adquiridos sob bombardeamento podem muitas vezes ser explicados da seguinte forma: o instinto de sobrevivência impele o doente a recuar, enquanto o seu sentido social e moral o impele a avançar. O conflito resultante resolve-se pela indução inconsciente de uma paralisia das pernas. O doente fica, assim, impossibilitado de fugir. Desta forma, evita simultaneamente a censura atribuída à cobardia e o perigo reservado aos valentes. O choque de guerra é, em larga medida, uma doença inglesa, refletindo o génio nacional para o compromisso.

O que não se reconhece suficientemente é quantas doenças físicas, com alterações corporais grosseiras e demonstráveis, constituem soluções para dificuldades psicológicas. Antes do aparecimento de formas intratáveis e incuráveis de artrite, existe frequentemente um período de neurose que desaparece com o surgimento dos sintomas orgânicos.

A maioria de nós já ouviu falar da *la belle indifférence* dos neurologistas franceses, termo que procura traduzir a serenidade elegante daqueles histéricos que atingiram a ambição de evitar responsabilidades induzindo em si próprios um estado de torpor irresistível e assumindo com bravura a reputação de inválidos crónicos. O que não se reconhece suficientemente é que o estoicismo de muitos doentes com doenças constitucionais crónicas acompanhadas de dor é aparentado com esta *belle indifférence*.

Obtiveram aquilo que desejavam: o rótulo indiscutível de invalidez por causas físicas, sempre mais heroico do que a debilidade nervosa. Alcançaram o seu objetivo como portadores da cruz. Creio que não valorizamos suficientemente o intenso masoquismo, o prazer no sofrimento, presente em alguns dos nossos doentes, mesmo naqueles que padecem de doenças físicas dolorosas. Em estados de relaxamento profundo podemos, de forma saudável, autossugerir o desaparecimento da dor; é pelo menos possível que, em estados de tensão, possamos produzir o efeito inverso.

Grande parte da doença constitui uma resposta à tensão ou uma evasão da mesma. Muitas doenças físicas são o resultado final de um excesso de stress. O doente pode não estar conscientemente ansioso; mais importante é o facto de se encontrar numa situação que normalmente induz ansiedade, exaustão e tensão. Continua a funcionar e a sua doença física surge como resposta ao

esforço excessivo. Nas condições neuróticas, o factor da ansiedade consciente atua mais cedo e prolonga-se mais tempo, quer para ajudar o doente a evitar condições repugnantes, quer para lhe conferir a reputação de perseverar apesar de grandes limitações. Por esta razão, as neuroses são essencialmente mais crónicas. Assim, grande parte da neurose é uma evasão da tensão. Os casos que começam como neurose e terminam em doença física constituem exemplos de evasão que culmina em resposta. A subsequente aceitação serena, a *belle indifférence* terminal, é por isso particularmente apaziguadora: a consciência foi adormecida.

Se a nossa crescente simpatia e compreensão pelas condições neuróticas continuar, poderemos assistir a um aumento ainda maior da sua incidência e a uma diminuição da incidência das doenças físicas, tendo aumentado o factor de permissibilidade. Não há nada de fantasioso nesta ideia de um tipo de resposta patológica impedir outra. Trata-se de um princípio efetivamente utilizado na medicina. Os clínicos são tradicionalmente avessos a diagnosticar mais do que uma doença. Do mesmo modo, a vacinação — a inoculação com varíola bovina — constitui uma profilaxia contra a varíola. A malária é utilizada no tratamento da paralisia geral dos alienados. Uma das principais razões para a adoção desta técnica foi a observação de que, em comunidades africanas saturadas de malária e igualmente afetadas pela sífilis, as complicações nervosas terminais da sífilis, como a paralisia geral e a ataxia locomotora, eram raramente observadas.

Na medicina tropical encontramos uma vasta gama de doenças infeciosas. Existem, de facto, escolas de medicina tropical porque os naturais deste país desconhecem grande parte das doenças que encontrarão na prática tropical. É de esperar que a vida em comunidades primitivas, com condições diferentes de solo e clima, produza uma maior variedade de doenças infeciosas do que aquelas que observamos aqui.

Contudo, o facto marcante é que existem muitas doenças de que sofremos das quais os habitantes dos trópicos largamente escapam. Excetuando condições nervosas decorrentes da má nutrição, como o beri-beri, e de infeções como as formas cerebrais da malária e a febre tripanossómica, as doenças do cérebro e dos nervos, bem como as perturbações psicológicas, são muito menos frequentes do que entre nós. As neuroses apresentam desenvolvimento mínimo e as psicoses de longa duração são muito menos comuns do que na Europa.

Existem também menos afeções orgânicas do sistema nervoso central, como tumores cerebrais. Estas condições são relevantes para a questão em análise, pois é evidente que o sistema nervoso do homem ocidental é, no seu conjunto, mais vulnerável do que o do seu equivalente em comunidades mais

primitivas. Não só as psicoses e neuroses são mais frequentes entre nós, como também os tumores e abcessos cerebrais, bem como os sinais cerebrais de arteriosclerose, como hemorragias cerebrais e embolias.

O antagonismo entre doença física e psicológica manifesta-se ainda na forma como as doenças físicas, quando ocorrem em doentes mentais, são frequentemente profundamente modificadas. Isto é particularmente evidente no caso da pneumonia, em que é possível observar todos os sintomas com sinais físicos quase inexistentes — não me refiro aqui à pneumonia central, em que a deteção dos sinais físicos é difícil mesmo em indivíduos normais. É igualmente comum a presença de sinais físicos de pneumonia acompanhados de desenvolvimento mínimo de sintomas gerais.

Os clínicos há muito comentam a disposição otimista de doentes com doenças crónicas graves. A *spes phthisica* é um exemplo clássico. Os diabéticos são, regra geral, pessoas muito otimistas, tal como muitos doentes que acabam por morrer de cancro. Em alguns dos casos mais marcantes de anemia perniciosa encontramos não só uma ausência notável de sintomas subjetivos, mas também uma capacidade surpreendente de continuar alegremente a desempenhar tarefas árduas com contagens sanguíneas alarmantes. Recordo, em particular, um homem alegre e pouco queixoso, com quase sessenta anos, lenhador de profissão, que estivera a cortar árvores no dia anterior à sua consulta externa. Tinha apenas um milhão e duzentos e cinquenta mil glóbulos vermelhos — um quarto do valor normal — e dizia não se sentir assim tão mal, mostrando-se muito relutante em ser internado.

Foram propostas inúmeras explicações para esta alegria aparentemente irracional perante doenças crónicas graves e fatais. A *spes phthisica* foi explicada como um efeito cerebral de toxinas circulantes, sem outra justificação além do impulso de explicar a qualquer custo. À luz da nossa teoria, podemos encarar perturbações crónicas profundas, como a anemia perniciosa e a tuberculose, como estados que saturam o indivíduo com sinais patológicos de origem física de tal modo que a sua psique já não necessita de produzir uma resposta ansiosa ou depressiva. Não deve esquecer-se que podemos estar novamente perante conflitos psicológicos resolvidos através da doença física.

Ao discutir a intercambialidade das doenças, é interessante observar como as manifestações de uma doença específica variam de século para século. A sífilis fornece um exemplo notável. No século XVII, seguia um curso tumultuoso, apresentando-se como uma febre aguda com numerosos sinais físicos dramáticos. Com o passar do tempo, as manifestações agudas iniciais tornaram-se menos evidentes. No século XIX, os sinais viscerais da fase secundária, como

as gomas, tornaram-se muito conspícuos, e as depredações ubíquas do parasita sifilítico foram amplamente reconhecidas, sendo a doença descrita como a mão oculta da patologia. Esta tradição foi celebrada nos manuais que utilizei como estudante de medicina entre 1923 e 1929. Nessa altura, grandes secções das obras clássicas de medicina, cirurgia e patologia eram ainda dedicadas à descrição das gomas. No entanto, apenas observei uma goma indiscutível num doente e nenhuma em autópsias.

Atualmente, a sífilis é uma doença cujos sinais físicos no momento da infeção e durante um ou dois anos subsequentes são ligeiros. Mas, embora o último século tenha assistido a uma redução acentuada das manifestações viscerais da sífilis, verificou-se simultaneamente um grande aumento das doenças do sistema nervoso atribuíveis a esta infeção, sobretudo a tabes dorsalis e a paralisia geral. Em algumas regiões, a incidência destas últimas diminuiu nas últimas duas décadas devido a novas técnicas de tratamento antissifilítico, mas tal não altera o facto de que a sífilis do sistema nervoso aumentou enormemente ao longo do último século. Há cinquenta a cem anos, quando surgiam a tabes ou a paralisia geral, tal ocorria quinze a trinta anos após a infeção; hoje, estas sequelas manifestam-se num intervalo de tempo muito mais curto.

Mas uma observação ainda mais fascinante é que, enquanto a tabes, anteriormente considerada uma afeção invariavelmente progressiva, revela em muitos casos uma tendência para se deter num grau relativamente estável de atrofia ótica e ausência dos reflexos rotulianos, não existe qualquer tendência equivalente na paralisia geral. A doença mais psicológica, uma vez estabelecida, segue o seu curso, com ou sem remissões. Este é um exemplo do enviesamento em direção à doença psicológica nas patologias modernas.

Esta redução acentuada dos efeitos viscerais de uma doença infeciosa como a sífilis, acompanhada por um aumento concomitante das complicações que afetam o sistema nervoso central, reveste-se de grande significado à luz do que foi dito acerca da vulnerabilidade muito aumentada deste último na vida moderna. Parece, não apenas a partir deste exemplo isolado mas com base numa vasta multiplicidade de provas, que a doença física, no decurso do seu declínio, tende a afetar de forma particular o sistema nervoso central.

Isto demonstra não só a maior vulnerabilidade deste sistema, mas também o facto de o aumento da doença orgânica do sistema nervoso central constituir uma fase intermédia rumo a uma era em que a maior parte da doença será de natureza psicológica. Aproximamo-nos desta situação quando observamos o

aumento constante das psicoses nas nossas instituições e a inundação de neuroses que alaga e ameaça submergir a sociedade.

Não devemos, contudo, perder de vista o factor menos evidente do aumento da suscetibilidade do sistema nervoso central às infeções. O sarampo, a escarlatina e a difteria apresentam incidências variáveis em diferentes décadas. A cólera e a peste estão virtualmente extintas entre nós. A febre tifoide encontra-se em declínio constante. As únicas doenças infeciosas que revelaram um aumento contínuo no presente século são as que afetam o sistema nervoso central. A meningite cerebrospinal e a poliomielite anterior têm aumentado de incidência.

Durante alguns anos, esta última tem sido endémica na Escandinávia e até — facto pouco reconhecido — em algumas regiões de Inglaterra. A encefalite letárgica é praticamente uma doença nova. As tentativas de provar que esta condição ocorreu em epidemias isoladas em séculos anteriores são pouco convincentes. É curioso e exasperante como, perdidos em raciocínios demasiado abstrusos e fantasiosos, nos recusamos a enfrentar este facto do aumento da vulnerabilidade do sistema nervoso central.

Na poliomielite anterior e na encefalite letárgica ainda não foi identificado o agente causal. É possível que, em última análise, se venha a verificar tratar-se de um microrganismo já conhecido, e que o aumento da incidência destas doenças se deva mais à maior predisposição do sistema nervoso para a infeção do que ao aparecimento de um novo agente, ou mesmo a um aumento da virulência de um já existente.

Estamos ainda longe de compreender o que determina se, perante o factor da tensão e a presença de agentes infeciosos, se desenvolverá uma doença física ou nervosa. Estes últimos continuam a ser designados como organismos causais, mas estão destinados, no futuro, a ser relegados para a condição de meros precipitantes. Note-se que, na frase anterior, utilizei deliberadamente o termo "nervoso" de forma algo vaga. Faço-o porque considero prudente classificar as neuroses, as psicoses e as doenças orgânicas do cérebro e da medula espinal como manifestações equivalentes de uma vitalidade empobrecida do sistema nervoso.

Nesta classificação grosseira, parece possível que aquilo a que chamamos doença física não nervosa — desde que nos limitemos às condições constitucionais crónicas — seja em grande medida atribuível a uma falha das glândulas endócrinas associada a uma tendência inata para o desequilíbrio do

sistema nervoso autónomo. Nas afeções nervosas, o foco da diminuição da resistência localiza-se no sistema nervoso central.

CAPÍTULO SETE
NEURÓTICO, FUNCIONAL E ORGÂNICO

No capítulo anterior abordámos a falácia inerente à conceção corrente da doença como divisível em categorias neuróticas, funcionais e orgânicas. É necessário aprofundar esta questão, pois tal doutrina encoraja uma visão fragmentária, restritiva e artificial do doente, e dificulta o estudo da personalidade como um todo. Apresento de seguida uma definição rudimentar das três categorias, não com o intuito de instruir, mas para indicar claramente os três tipos de reação que nos interessam. Os termos utilizados são deliberadamente simples. Nada é mais irritante e estéril do que esta obsessão pela nomenclatura precisa: trata-se de uma infiltração da burocracia na medicina. Não é terapêutica, é frequentemente ilógica e ignora a obstinação com que o ser humano desafia a classificação. Encontra-se sobretudo nos departamentos mais pretensiosos da medicina, onde o alívio do sofrimento individual é uma consideração secundária, e também, de forma significativa, em especialidades como a neurologia e a psiquiatria, onde o tratamento é muitas vezes pouco eficaz.

A doença orgânica implica sintomas físicos reais provenientes de órgãos ou tecidos com lesões patológicas demonstráveis. A doença funcional ocorre quando os sintomas físicos são atribuíveis a órgãos ou tecidos específicos, na ausência de qualquer lesão patológica demonstrável.

No que respeita à doença neurótica, interessam-nos apenas os casos em que o doente se queixa de sintomas ou sensações físicas. Estes são vagos, mal definidos, mal descritos — frequentemente com um excesso de linguagem pseudo-fisiológica — e não atribuíveis a qualquer órgão ou tecido em particular. São os doentes que "têm o estômago na cabeça".

Vimos que as condições neuróticas podem evoluir de perturbações funcionais para doença orgânica e que todos estes tipos de reação podem coexistir no mesmo doente. Apesar disso, a medicina continua, em grande medida, a insistir que se trata de reações mutuamente exclusivas. Muito tempo valioso perde-se, no ambiente insalubre das enfermarias dos hospitais universitários, a tentar distinguir entre estas três categorias. Devemos agora

analisar mais de perto os efeitos desastrosos desta conceção falaciosa sobre a terapêutica.

Passaremos rapidamente pelos erros mais graves. Homens são rotulados como neuróticos ou funcionais até morrerem de tumores cerebrais inoperáveis ou até as suas úlceras pépticas perfurarem. Não estou a lançar acusações generalizadas de negligência sobre a profissão, nem a pôr em causa a sua competência na identificação de sinais físicos. Pelo contrário, são peritos — por vezes excessivamente peritos — nessa prática. Em casos duvidosos, seria frequentemente preferível limitarmo-nos a localizar o órgão que expressa a doença e a indicar, tanto quanto possível, os contornos gerais do processo mórbido.

Contudo, sentimos que se exige mais de nós. Os consultores são os piores infratores neste domínio. Perante dores epigástricas duas horas após as refeições, o médico de clínica geral pensa rapidamente no duodeno e encaminha o caso para o especialista. Este sente que dele se espera algo mais. Um bom especialista manterá a mente aberta e comunicará as suas dúvidas ao médico assistente. Mas apenas quem tenha ouvido o dogma infalível de certos especialistas poderá compreender com que autoconfiança conseguem rotular um doente, de uma vez para sempre, como neurótico, funcional ou orgânico após meia hora à cabeceira do leito.

Isto nem sempre se deve à vaidade. Muitos especialistas possuem uma humildade cativante que encanta e ilude o clínico geral. A explicação reside antes numa perspetiva ultra-científica que exige critérios diagnósticos tão rígidos quanto os símbolos frios e implacáveis da matemática. Esses médicos procuram conceitos relativamente estáticos de doença num mundo dinâmico de personalidade. Isso é impossível.

Esta fixação estéril nas categorias neurótica, funcional e orgânica obriga o médico a decidir demasiado cedo. Já referimos o perigo de considerar doença orgânica como funcional. O processo inverso é igualmente perigoso. Casos são diagnosticados como orgânicos demasiado cedo e condenados a um invalidismo desnecessário e restritivo. Recordo bem o neurologista Adie a implorar aos seus estudantes que não se preocupassem excessivamente se falhassem no diagnóstico de doenças orgânicas, pedindo-lhes que evitassem o pecado muito mais grave de fabricar doença através do sobrediagnóstico. Todos conhecemos casos de sopros cardíacos funcionais condenados, por médicos excessivamente zelosos, ao semi-invalidismo imposto pelo diagnóstico de cardiopatia. Esta geração é menos propensa a este erro do que a anterior, cujo pecado capital foi

considerar demasiada doença funcional como grave. A atual geração tende a cometer o erro oposto.

Devido a esta conceção de três reações patológicas separadas, os doentes são frequentemente privados de tratamentos que lhes poderiam ser extremamente valiosos. Muitas vezes, uma linha terapêutica de grande utilidade em condições orgânicas é igualmente eficaz em perturbações funcionais afins, mas é negada ao doente funcional. Poderiam citar-se inúmeros exemplos; limitarei a três.

O valor da vitamina B em afeções orgânicas periféricas do sistema nervoso está estabelecido. É inestimável na neurite periférica, quer de origem alcoólica quer por outras causas, útil na neurite associada à diátese reumática, excelente na ciática e valiosa na neuralgia do trigémio. Contudo, quando decidimos que o nosso caso de neurite é sobretudo funcional, que o doente com ciática é um histérico ansioso, ou que o paciente com neuralgia do quinto par craniano sempre teve dores nervosas difusas, deixamos de administrar vitamina B. Isto é um erro, pois a vitamina B pode ser de enorme benefício em doentes com dores nervosas funcionais.

Em segundo lugar, as dores nervosas do doente podem ser funcionais e atribuíveis a tendências ansiosas ou histéricas. Mas porque são os nervos periféricos escolhidos para a expressão dessa tendência funcional, ansiosa ou histérica? Porque são, por natureza, vulneráveis.

Nas doenças gástricas é muitas vezes preferível tratar a condição funcional pelo mesmo método que o seu equivalente orgânico. É, por exemplo, mais seguro tratar o estômago hipertónico e a hipercloridria como se se tratasse de uma úlcera duodenal. Esta atitude é frequentemente adotada nestes casos. Existe, contudo, hoje em dia, uma tendência para interpretar os desajustamentos do doente e deixá-lo sem a orientação de um regime e de alguma medicação racional. É impossível estimar o prejuízo causado, nestas situações, por uma abordagem exclusivamente psicanalítica. Deprime-me verificar, tantas vezes, condições como a diarreia lientérica, a colite mucosa, etc., tratadas apenas com psicoterapia. Isto não é medicina progressiva; é pretensiosismo clínico a reclamar para si poderes ocultos.

Admito, de forma inequívoca, que a colite mucosa ocorre em indivíduos muito tensos. Vou mais longe: a colite é parte integrante do seu estado de tensão. Admito, com menos ênfase, que o primeiro aparecimento destas condições possa ser determinado por conflito ou por outros factores psiconeuróticos. Mas o que sustento é que, nestes quadros, a tendência

psiconeurótica está a revelar uma preferência por uma via particular de expressão, e essa via — por exemplo, o cólon na colite mucosa — deve ser considerada especialmente vulnerável no indivíduo em causa. O doente deve beneficiar de tratamento local, além de outras formas de intervenção.

Não estou, de modo algum, a minimizar a importância do factor psicológico nem a sobrevalorizar os sintomas locais. Limito-me a afirmar que devemos proporcionar ao doente uma compreensão do seu problema e oferecer-lhe um tratamento razoável, sem pretensões, para os seus sintomas. O sistema social não nos permite fazer muito mais; afinal, ajuda-nos a produzir estas enfermidades.

O nosso terceiro exemplo, dos mais expressivos, é fornecido pelo tratamento da epilepsia e de condições afins. No caso da epilepsia idiopática genuína — não me proponho destrinçar subtipos no labirinto classificativo que envolve a resposta epilética — o tratamento por excelência consiste no uso de barbitúricos anticonvulsivantes, como o Luminal e o Prominal. Alguns doentes histéricos têm convulsões indistinguíveis das epiléticas. Estas reações epileptiformes são precipitadas por causas emocionais; do mesmo modo, muitas crises em epiléticos idiopáticos também o são. Contudo, enquanto estes últimos são colocados em Luminal sem hesitação e quase por reflexo, raramente o doente histérico recebe esquemas sistemáticos de anticonvulsivantes. A atitude correta perante crises, tanto em epiléticos idiopáticos como em histéricos, é considerar que, em ambos, estamos perante uma tendência inata para produzir convulsões.

É sempre mais seguro, mais racional e mais produtivo tratar tendências do que tratar sintomas. Esta verdade assume particular importância quando lidamos com o sistema nervoso central. Em condições neurológicas, quando comparadas com outras situações patológicas, os sintomas dependem mais do local do que da natureza do processo mórbido. Seja qual for a etiologia fundamental da epilepsia, ela envolve pelo menos uma excitabilidade aumentada do córtex motor. É racional supor que essa hiperexcitabilidade esteja também presente nos casos de histeria que escolhem manifestar-se sob a forma de crises. Afinal, os canais de expressão da histeria são extraordinariamente proteiformes. Se numa doença prescrevemos fármacos para diminuir a excitabilidade do córtex motor, é racional fazê-lo na outra.

A questão das convulsões na histeria e na epilepsia abre espaço para outra discussão. Aqui temos sintomas dramáticos idênticos — isto é, crises — atribuídos num caso a uma doença funcional como a histeria e, no outro, a uma condição orgânica como a epilepsia. Não será que esta separação entre orgânico

e funcional obscurece o facto de que, na histeria epileptiforme e na epilepsia, estamos, em ambos os casos, perante uma reação biológica idêntica? Não estaremos a observar respostas de tipos de personalidade semelhantes?

Há muito considero peculiar que tantos manuais dediquem tanto espaço à distinção minuciosa entre epilepsia e histeria. Quando é necessário estabelecer diferenças tão finas, é razoável supor que as condições comparadas sejam muito semelhantes; pelo menos, a sua semelhança deveria merecer tanta atenção quanto as suas diferenças. Muito se escreveu sobre o temperamento epilético: estes doentes tendem a ser dominadores e egocêntricos, e a sua esfera de interesse não se estende para além dos limites da própria psique; em estados de deterioração, restringe-se ao funcionamento das suas próprias vísceras. Os histéricos exibem igualmente muitos destes traços de personalidade.

As reações histéricas são em grande medida ditadas pelo desejo de manter a atenção dos que os rodeiam. Quem tenha uma experiência institucional íntima com epiléticos sabe que muitas convulsões epiléticas genuínas têm uma derivação semelhante, embora possivelmente menos consciente. Em termos gerais, as reações epiléticas e histéricas têm causalidade semelhante; a principal diferença reside no grau em que as respostas são conscientemente evocadas. Nos epiléticos, essas respostas têm, naturalmente, uma origem mais inconsciente.

Há ainda mais evidência da semelhança entre a personalidade histérica e a epilética. O teste de Rorschach é utilizado na elucidação de traços de personalidade e baseia-se no reconhecimento relativo de forma, cor e movimento em manchas de tinta coloridas. Em termos gerais, o movimento e a cor significam, respetivamente, tendências para a introversão e extroversão. Nos seus pressupostos básicos quanto à capacidade de delinear tipos de personalidade, este teste é notavelmente preciso. Epiléticos e histéricos mostram uma identidade impressionante na proporção e no tipo de respostas relativas a cor e movimento que oferecem. Isto, segundo a teoria comprovada do teste, significa identidade de estrutura de personalidade.

Chegou o momento de abandonarmos o conceito de doenças neuróticas, funcionais e orgânicas e abraçarmos o estudo mais fecundo das reações biológicas fundamentais. A separação cuidadosa do histérico e do epilético é um exemplo de análise sem propósito, feita à custa de uma síntese construtiva. Citarei, em seguida, o caso de duas doenças atualmente consideradas entidades inteiramente separadas, mas que representam dois aspetos diferentes de uma reação biológica mais fundamental: a epilepsia e a dipsomania.

A dipsomania envolve uma reação súbita e catastrófica após longos períodos de abstinência. É uma reação da personalidade total e inclui sinais físicos e mentais agudos que surgem com assustadora rapidez e numa intensidade desproporcionada à quantidade de álcool ingerida. É a reação alcoólica específica por excelência. O alcoolismo crónico apresenta analogias com outras dependências de drogas, tanto no plano mental como no físico. O delirium tremens apresenta um conjunto de sintomas semelhante ao observado noutras formas de toxemia aguda, quer de origem infeciosa quer medicamentosa.

A violência peculiar e súbita da reação dipsomaníaca é análoga à que ocorre na epilepsia. Ambas são reações da personalidade total e envolvem aspetos físicos e mentais da psique. A natureza da convulsão epilética sugere que a doença seja uma reação anafilática, ou algo semelhante: há o mesmo início precipitado e a mesma sintomatologia dramática. Os achados de autópsia em epiléticos que morrem durante convulsões mostram alterações tecidulares compatíveis com fenómenos anafiláticos.

A história familiar de muitos epiléticos revela fenómenos como asma, urticária e enxaqueca, que frequentemente envolvem sensibilidade a uma determinada substância química. Na asma, urticária e enxaqueca, essa substância é geralmente ingerida na dieta ou encontrada no ambiente; na epilepsia, pode bem tratar-se de um subproduto tóxico do metabolismo. A dipsomania implica a resposta mais maciça e anormal mesmo a pequenas quantidades de álcool após um período de abstinência. As analogias com a anafilaxia são evidentes.

Ora, o alcoolismo e a epilepsia são dois dos melhores exemplos de herança direta na esfera neurológica e psicológica. Um pai maníaco-depressivo pode gerar um filho com a mesma afeção; mais frequentemente, porém, resulta outra condição psicopatológica, como neurose ou deficiência mental. Mas os epiléticos geram muito frequentemente epiléticos, e os alcoólicos tendem também a reproduzir-se "fiéis ao tipo". Parece, portanto, que, na dipsomania e na epilepsia, as vítimas podem herdar vias anormais semelhantes de descarga no sistema nervoso central. E quando não há história familiar de epilepsia, qual é o achado mais comum entre os antepassados? O alcoolismo. Devemos recordar, além disso, que encontramos fenómenos epiléticos no alcoolismo; tais sinais convulsivos não afetam, de modo algum, necessariamente os maiores bebedores.

Estou bem ciente de que os psicanalistas são capazes de explicar a reação alcoólica em geral; tal é a sua elasticidade mental que conseguem inventar uma

teoria atraente e plausível para a dipsomania. A afirmação de que o alcoolismo é um sintoma mais do que uma causa de doença é verdadeira em muitos casos. A ideia de que o alcoólico recorre à sua droga para embotar a acuidade da ansiedade crescente é razoável. Existem outras formas de sedação disponíveis. Os alcoólicos são, em geral, negligentes quanto ao coito, o mais ubíquo de todos os sedativos. Não é apenas que o álcool provoque impotência relativa; o alcoólico genuíno costuma ter, desde o início, baixo potencial sexual. O

álcool é, sem dúvida, o sedativo mais acessível. Mas será possível explicar, em termos psicanalíticos, o factor hereditário no alcoolismo? Não é apenas que o doente nasce num ambiente adverso desde o princípio. O doente ansioso, inclinado para o alcoolismo, tem frequentemente a lição salutar de um pai alcoólico, que o desvia de procurar sedativos nesse caminho e o orienta para outros. E, acima de tudo, como explicar, em termos psicanalíticos, a completa desorganização mental e física de uma personalidade tal como ocorre, em poucas horas, na dipsomania? Como explicar a sua ocorrência espasmódica em intervalos que podem chegar a dois ou três anos? Certamente estaremos mais próximos da verdade se considerarmos a dipsomania uma reação paroxística equivalente a um episódio de crises.

Na dipsomania e na epilepsia temos, pois, duas doenças que se compreendem melhor como crises metabólicas, de natureza paroxística, expressas principalmente através do sistema nervoso central, mas que são essencialmente reações globais da personalidade total, com efeitos mentais e físicos profundos. Ambas possuem um forte factor hereditário na sua etiologia. Estas duas condições devem ser encaradas como expressões alternativas da mesma resposta biológica primitiva. Uma tal atitude permitir-nos-á compreender muito melhor as aberrações mais fundamentais da nossa psique do que a visão atual, parcelar e paroquial.

Como crítica adicional à conceção de que a doença se pode dividir em categorias orgânica, funcional e neurótica, importa salientar que, mesmo nas neuroses em que os sintomas demonstrados se exprimem através de mecanismos predominantemente psicológicos — por exemplo, os estados obsessivos — há evidência crescente de que se devem a lesões orgânicas ou a disfunção do sistema nervoso central. A neurose obsessiva tem sido atribuída, com considerável fundamento, a uma lesão do mesencéfalo.

É possível associar algumas doenças estritamente psicológicas — sendo a neurose obsessiva, novamente, o melhor exemplo — a certas doenças físicas, como expressões alternativas da mesma resposta biológica. Os estados obsessivos apresentam semelhanças com condições nervosas espasmódicas,

como a asma, a enxaqueca e a epilepsia. Existe o mesmo factor paroxístico. Embora ser obsessivo implique uma tendência persistente, não há dúvida de que os obsessivos entram em paroxismos agudos nos quais repetem incessantemente o mesmo ato invariável e inútil, como tocar em postes, grades ou outros objetos. Isto tem analogias com os fenómenos convulsivos da epilepsia, na medida em que, em ambos, existe a mesma tendência para a repetição estéril de respostas idênticas.

É difícil definir exatamente, tanto na epilepsia como nos estados obsessivos, qual é o estímulo irritativo real. Sem dúvida, ele é múltiplo em ambas as condições. Pode ter origem psicológica, decorrendo de conflito e sentimento de culpa no caso do neurótico obsessivo, e resultando, na epilepsia, da dificuldade em estabelecer rapport com o meio, em virtude do egocentrismo do doente. O elemento importante é que, tanto na epilepsia como na neurose obsessiva, encontramos excitabilidade aumentada do sistema nervoso central, bem como o fenómeno de "pós-descarga", que implica inúmeras respostas idênticas ou semelhantes ao mesmo estímulo original.

As tendências obsessivas exprimem-se com frequência mais psicologicamente do que fisicamente, sob a forma de pensamentos compulsivos e não de atos compulsivos. Isto ocorre quando não conseguimos expulsar da cabeça um determinado pensamento, ou um fragmento de melodia. Estas condições apresentam analogias com estados epiletóides em que a tendência epilética não se manifesta através da convulsão motora.

É absolutamente necessário concebermos a existência de focos vulneráveis nos seres humanos. Tal é, pelo menos, tão importante como ponderar se os sintomas de um órgão são orgânicos, funcionais ou neuróticos. Vamos reconhecendo cada vez mais o factor psicológico na produção não apenas de doença neurótica e funcional, mas também de doença orgânica. Mas porque razão é que os efeitos da tensão e da ansiedade encontram expressão fundamental num homem através do estômago, noutro através do coração e num terceiro sob a forma de afeções reumáticas? A abordagem psicanalítica não explica a seleção de órgãos específicos para a expressão da tensão. Explica, em certa medida, a escolha do local num sentido estritamente geográfico. Um pianista ansioso, à beira de desenvolver artrite, sofre frequentemente mais nas mãos.

Um jogador profissional de críquete, predisposto para artrite e famoso pelo seu lançamento, se perseguido por ansiedade e insegurança, poderá materializar os seus piores receios desenvolvendo artrite no ombro direito, se for destro. Mesmo aqui não se pode dizer que as explicações psicanalíticas

sejam infalíveis para determinar sequer a geografia grosseira da artrite; o uso excessivo pode ser uma explicação igualmente plausível. Mas o que determina a escolha de ossos, músculos, coração, pulmões, estômago, etc., como canal de expressão de uma tensão desmedida ou de um stress médio sobre uma psique empobrecida? Regressamos, através do conceito de diátese, ao seu substrato ainda mais fundamental: a demarcação de tipos de psique. Estes determinam, em virtude das suas particularidades de função endócrina e de atividade autonómica, os focos específicos de resistência diminuída.

Os conceitos corretos são sempre valiosos; são marcos no caminho para a sabedoria. Mas este conceito dos focos vulneráveis tem ainda duas aplicações práticas mais imediatas. Em primeiro lugar, deve reforçar em nós a natureza hereditária de muita doença. Os focos de resistência diminuída não podem logicamente ser considerados adquiridos, exceto por acidente — tomando o termo no seu sentido mais literal. Enquanto médicos, recusamo-nos a enfrentar a natureza hereditária de uma larga proporção da doença constitucional, porque isso mina a nossa crença na própria utilidade. A nossa vocação tem possibilidades dramáticas que excedem largamente as da maioria das outras profissões.

Há alguns anos, as romancistas, no seu romantismo íntimo, esperavam muito de nós; os autores homens, escrevendo para leitoras e, por isso, emocionalmente mais exuberantes, investiram-nos de poderes que nunca possuímos. Hoje os romancistas atormentam-nos menos, embora seja notável como tantas pessoas adoram um livro em que entra um médico. A imprensa tomou-nos de assalto, há alguns anos, com a febre da ciência popular. Espera-se tanto de nós que custa vermo-nos menos como curadores do que como benevolentes aliviadores do que está predestinado e condenado. Isso fere demasiado o nosso *amour-propre*. Acreditar em si próprio é sempre divertido; é política duvidosa quando, para o fazer, se infringem os princípios da honestidade mental.

Mas, por não podermos alcançar o impossível, não há razão para menosprezar a nossa utilidade. Reconhecer os limites não é desculpa para a preguiça mental nem para a autodepreciação. Podemos ainda tornar mais fácil o caminho daqueles que, façamos o que fizermos, terão de carregar a sua cruz. E, sobretudo, devemos usar o nosso conhecimento para reduzir, no futuro, a elevada incidência de doença constitucional crónica. Isso envolve, em grande medida, um novo sistema social, que por sua vez depende do planeamento biológico da vida comunitária. Como médicos, devemos ser reformadores e profetas, além de clínicos.

Este conceito de focos vulneráveis substitui automaticamente as teorias da doença neurótica, funcional e orgânica. Implica que, quer a reação mórbida seja física ou apenas quase física, ela se exprimirá principalmente através do órgão vulnerável. Este deve, por isso, ser considerado de importância mais fundamental na produção da doença.

Por fim, não devemos esquecer que os nossos melhores esforços em medicina preventiva nos impõem este "evangelho" dos focos vulneráveis. Quando reconhecemos a criança pré-coreica ou a criança pré-dispéptica, estamos apenas a separar em grupos casos em que a tensão transmitida pelo e infligida ao sistema nervoso central encontra, num caso, um corpo estriado vulnerável e, no outro, um estômago intrinsecamente fraco.

CAPÍTULO OITO
A DOENÇA COMO DESARMONIA:
O SISTEMA NERVOSO AUTÓNOMO

Vimos como as condições neuróticas podem tornar-se funcionais e como estas podem passar a orgânicas. Os três tipos podem coexistir. Ora, a doença funcional e os sintomas físicos que acompanham as neuroses dependem em grande medida do sistema nervoso autónomo para a expressão dos seus sintomas. O estômago hipertónico revela-se sobretudo por esvaziamento rápido e espasmo pilórico; o desequilíbrio vegetativo determina ambos. A taquicardia funcional deve-se à atividade anómala do nervo vago, e assim por diante. Mas não reconhecemos suficientemente até que ponto o desequilíbrio do sistema nervoso vegetativo não é apenas responsável por sintomas, mas constitui parte integrante de muita doença física. E isto é exatamente o que seria de esperar quando consideramos quão frequentemente o funcional se torna orgânico.

Também não reconhecemos suficientemente, ao recolher histórias clínicas em doenças orgânicas, que ao investigar as fases prodrómicas estamos tantas vezes a registar uma etapa funcional na história de uma doença orgânica. A longa história de dispepsia que colhemos em tantos casos de ulceração duodenal é, em geral, uma hipertonia funcional. A dor referida às articulações e a rigidez dos músculos adjacentes às articulações correspondem à fase funcional da artrite reumatoide.

O factor autonómico na doença das glândulas endócrinas é de esperar quando consideramos a estreita inter-relação entre os sistemas endócrino e nervoso autónomo. O hipertiroidismo é, em grande medida, uma encarnação dramática da hiperatividade do sistema simpático. A doença de Addison expressa, de igual modo, o último suspiro agonizante desse mesmo sistema. Os factores autonómicos são muito evidentes na menopausa. Na verdade, em praticamente todos os casos de discrasia endócrina, podem reconhecer-se factores de desequilíbrio. Não irei repetir os inúmeros exemplos já conhecidos; acrescentarei duas observações pessoais. A prevalência de asma em casos sub-hipofisários dos tipos de Brissaud e Lorraine é muito marcante. Em doentes sub-hipofisários encontrei também, com frequência, "ausências" de algum modo epileptoides, possivelmente de etiologia vaso-vagal.

Existe um grupo de condições não endócrinas (uso o termo endócrino no seu sentido corrente) em que o desequilíbrio é muito óbvio: asma, enxaqueca, epilepsia, úlcera duodenal, diferentes variedades de colite, doença de Hirschsprung, etc. Esta lista poderia ser muito ampliada. Não pretendo

contaminar factos estabelecidos com conjeturas. Vimos que o desequilíbrio autonómico é prevalente nos neuróticos e que, em conjunto com as glândulas endócrinas, funciona de forma patológica nas doenças crónicas de tensão. Pode, de facto, dizer-se que o reconhecimento da importância da disfunção autonómica na doença física é um critério da evolução progressiva da medicina.

Vimos que neuroses com sintomas físicos podem transformar-se em doença funcional e, daí, em condições orgânicas genuínas. Na realidade, a cadeia tripla completa é muito menos comum do que a passagem do funcional ao orgânico. À luz do que foi dito anteriormente acerca de os sintomas físicos substituírem a ansiedade, parece mesmo que a presença de um desequilíbrio funcional inato é uma forma de evitar os piores excessos da neurose. O desequilíbrio fornece um terreno para uma resposta imediata semi-física à tensão. O doente oscila para o ritmo anormal do desequilíbrio vegetativo e, ao fazê-lo, evita as reações neuróticas caracterizadas por sintomas mais exclusivamente psicológicos, como reações de ansiedade e obsessões.

Os sintomas de doença, no seu conjunto, exprimem-se através do sistema nervoso autónomo. Sem a ação deste, não existiria doença como entidade separada, nem "entidades clínicas". Não experimentaríamos grupos específicos de sintomas referíveis a uma lesão patológica particular, mas sim um estado geral de desarmonia, um mal-estar indefinível cuja intensidade variável traduziria diferentes graus de doença. A ligação entre o sistema nervoso vegetativo e as glândulas de secreção interna determina a natureza das várias doenças de que somos herdeiros. Além disso, o sistema nervoso vegetativo apresenta diferenças inatas entre indivíduos. Mas, neste momento, mais importante para nós é a ligação entre a função autonómica e os centros superiores do sistema nervoso central, ligação esta obtida, em grande medida, através do intermédio das glândulas endócrinas.

Por meio das suas ligações com os centros superiores, o sistema nervoso autónomo responde às diferentes emoções registadas e experimentadas pelo cérebro. Não sublinhamos suficientemente que as emoções são os principais ativadores da atividade do sistema nervoso autónomo. Como surgem essas emoções? Em primeiro lugar, o cérebro reconhece intelectualmente, através do intermédio dos cinco sentidos, a presença de estímulos nocivos ou de outra natureza. Os instintos apropriados, por exemplo o instinto sexual e o de sobrevivência, são postos em funcionamento. Isto desperta as emoções específicas inseparáveis desses instintos. Nos exemplos citados, essas emoções são o medo e o desejo. Segue-se então a atividade autonómica associada à emoção. O medo, por exemplo, é acompanhado por dilatação das pupilas,

taquicardia, etc. O medo é apreendido pela psique como um todo: as suas causas são reconhecidas intelectualmente, é respondido emocionalmente e é expresso através de reações variadas em toda a fisiologia e psicologia do organismo. Estas reações diversas são ditadas pelo sistema nervoso autónomo, que previamente tomou o controlo aos centros superiores.

Mencionámos as respostas induzidas pelo sistema nervoso autónomo sob a influência do medo. Taquicardia, aumento da tensão arterial e dilatação das pupilas são mecanismos ofensivos e defensivos produtivos que permitem ao animal apresentar uma boa resposta adaptativa. São, portanto, até certo ponto, fisiológicos e normais. No homem civilizado são menos fisiológicos. Não lutamos fisicamente, exceto quando os hunos o conseguem impor. Sofremos, contudo, respostas autonómicas conscientemente mais anormais ao medo. São anormais pelo simples facto de não nos ajudarem nas nossas crises, sendo antes um prejuízo evidente. Perdemos o controlo dos esfíncteres, agudamente, como antes de um exame, ou cronicamente, como no hipertiroidismo. A partir daqui podemos percorrer todo o espectro das respostas automáticas anormais atribuíveis à ansiedade: espasmo pilórico, asma, etc.

É hoje aceite que o medo crónico é a maldição da nossa época. É igualmente aceite que o nosso sistema nervoso é escravo do hábito. O medo crónico, transmitido do sistema nervoso central para o sistema autónomo, favorece a persistência das reações patológicas deste último. O espasmo pilórico e a hipercloridria tendem a persistir e podem mesmo evoluir para úlcera duodenal. A fixação da respiração que experimentamos sob o impulso do terror transforma-se em asma.

A função endócrina fica perturbada. A glândula afetada determina em grande medida as doenças que contraímos e, como vimos, estas não se limitam às chamadas perturbações endócrinas. A partir daqui podemos chegar a uma conceção da doença como uma desarmonia geral de toda a psique. Esta reage de forma total à tensão e à ansiedade crónica que encontra. Pode reagir por ansiedade consciente, expressa em neurose, ou a tensão crónica, apenas parcialmente apreendida pela consciência, pode revelar-se sob a forma de doença física. O modo de expressão escolhido depende do grau em que o sistema nervoso autónomo apresenta tendências fundamentais para o desequilíbrio. Quando estas são marcadas, o resultado é doença física, funcional ou orgânica.

Devemos, em qualquer caso, conceber a doença como um estado de desarmonia com origem na psique. Em saúde, esta exprime uma interação harmoniosa habitual entre corpo e mente. Quando surgem condições

patológicas, o processo mórbido deve ser entendido como uma expressão local de uma desarmonia geral. Se a civilização continuar, a medicina do futuro olhará com horror para a remoção, por exemplo, da vesícula biliar, apenas porque um processo mórbido generalizado e desarmonioso se exprimiu através de sintomas referíveis a esse órgão. Não creio que a posteridade nos trate com o mesmo desprezo que nós reservamos aos barbeiros-cirurgiões de há quatro séculos. Temos, afinal, de intervir cirurgicamente em condições agudas ou crónicas em que a remoção de órgãos irreparavelmente lesados é necessária à saúde e até à sobrevivência. Mas seremos, creio, acusados da nossa cegueira por pensarmos localmente em vez de globalmente, e mereceremos censura particularmente severa pela forma como gerimos os casos iniciais dessas doenças.

É precisamente na abordagem das fases iniciais das doenças crónicas que erramos de forma mais grave. Não encaramos os nossos doentes como um todo. Não os incentivamos a ver os seus sintomas como um problema global. Pensamos e atuamos localmente. Somos como camponeses cujo horizonte é limitado à sua pequena aldeia. Alguns fazem da colecistite o seu estudo exclusivo: a vesícula biliar é a sua pequena Lama-Cidade. Outros são especialistas noutras doenças: o pulmão é o seu Pântano-Lento.

A função da medicina contemporânea é, em grande medida, remendar os doentes para um rápido regresso a uma civilização ilógica que continuará a destruí-los. Não podemos ser inteiramente culpados por isso; demasiadas vezes factores económicos tornam essa atitude obrigatória. Erramos por termos permitido que as condições da prática, por sua vez ditadas pelas condições sociais, moldassem para nós uma filosofia de doença sem visão. Pecámos sobretudo por não utilizarmos o nosso saber para criar uma ordem mundial menos produtora de morbilidade.

O tratamento do futuro regressará ao ideal grego de algo semelhante a um regime termal esclarecido. Este terá pouco em comum com as técnicas praticadas em locais como Bath ou Harrogate. Estes centros alcançam a sua principal utilidade como símbolos metafísicos; possuem uma reputação como locais de cura e são, por isso, essencialmente dedicados à busca da harmonia indivisível chamada saúde. Sendo esta prescrição correta, é pena que tenham instituído modos de tratamento que se apresentam, em certa medida, como curas específicas para doenças particulares. Mesmo os mais fervorosos charlatães deixaram de acreditar nas virtudes específicas das águas minerais em que os seus doentes se banham.

A tónica da maioria dos tratamentos termais é assegurar, por técnicas diversas, o relaxamento ou o aumento do tónus do sistema muscular. Isto é

válido quer se trate hipercloridria, coreia, artrite reumatoide ou neurose de ansiedade por métodos hidroterápicos. Em todas estas condições, o médico utiliza meios artificiais e valiosos para induzir relaxamento. O efeito incide primordialmente sobre a musculatura, cujo relaxamento é um pré-requisito do repouso mental — um princípio cardinal na ciência e na arte do relaxamento.

O repouso é de importância absolutamente fundamental no tratamento do desequilíbrio vegetativo. E, como no homem civilizado o repouso é uma arte perdida, o repouso completo implica algo induzido por técnicas específicas de relaxamento, como banhos, exercícios de relaxamento e certos tipos de massagem. Como vimos, o desequilíbrio autonómico é um factor integral e dominante na maioria das doenças. É, portanto, lamentável que o tratamento termal tenha sido amplamente desacreditado porque charlatães reclamaram propriedades curativas específicas para as suas técnicas favoritas. O uso dos tratamentos termais seria mais racional se fosse orientado para o objetivo geral e lógico de corrigir o desequilíbrio. Um dia assim será, e creio que os hospitais serão concebidos para oferecer algo semelhante a instalações termais a todos os membros da comunidade. Este é certamente um objetivo melhor do que a coleção de espécimes patológicos vivos.

Apesar de o desequilíbrio do sistema nervoso autónomo ter uma importância tão grande na génese da doença, só recentemente os clínicos se tornaram verdadeiramente atentos a esse facto. Anteriormente, o tema era relegado para os fisiologistas. O médico prático recordava-o como uma parte do currículo estudantil mais valiosa para ser esquecida. Mesmo hoje, apesar da enorme atividade farmacológica no domínio da terapêutica, produzimos poucos fármacos capazes de atuar eficazmente sobre o sistema autónomo.

É de grande significado que, enquanto no Ocidente pouco se tentou no sentido de controlar o desequilíbrio, no Oriente sensual e fatalista se tenha avançado muito nesse domínio. O sistema do ioga alcançou, sem dúvida, resultados notáveis nesse sentido. A nossa filosofia de vida não só incentiva o desequilíbrio autonómico como nos nega os meios para o curar. Estudar a arte do relaxamento — e o ioga é uma forma dessa arte — é um processo de reeducação. A reeducação exige tempo. Somos mais atraídos por medidas médicas destinadas a aliviar sintomas no menor tempo possível. Com o alívio dos sintomas, a tendência mórbida continua as suas erosões subterrâneas.

É significativo que a França seja o único país europeu onde, no passado, o sistema nervoso autónomo recebeu atenção conspícua. O francês, mais do que qualquer outro europeu, estudou a arte de viver — pagando-o caro, pois é

perigoso manter padrões civilizados junto de bárbaros. Foi chamado o chinês da Europa.

Oriente e Ocidente diferem profundamente na atenção que prestam ao controlo autonómico. Filosofias e modos de vida distintos associam-se a objetivos e padrões médicos diferentes. Deve recordar-se que o ioga e muitos dos cultos destinados a alcançar relaxamento e controlo autonómico têm, na sua base, uma fundação religiosa. As técnicas empregues são frequentemente movimentos ritualizados.

Existem razões práticas urgentes para investigarmos, o mais rapidamente possível, todos os meios disponíveis para alcançar o controlo do sistema nervoso autónomo. Em primeiro lugar, uma compreensão mais profunda dos efeitos do desequilíbrio vegetativo clarificará os nossos problemas diagnósticos. Ilustrarei com um caso concreto. Observei uma mulher de meia-idade com taquicardia moderada e tremor digital, que tinha perdido peso recentemente. Queixava-se também de dores e desconforto epigástrico duas horas após as refeições. O médico que a encaminhou hesitava entre considerá-la um caso de hipertiroidismo ou de ulceração duodenal e, fiel a uma tradição médica respeitável, não desejava diagnosticar duas doenças simultaneamente. Compliquei ainda mais a situação ao encontrar um fígado ligeiramente aumentado.

Muitos médicos, perante um conjunto destes sintomas, considerá-los-iam demasiado indefinidos, gerais e omnipresentes para serem algo mais do que a preocupação hipocondríaca de uma personalidade neurótica. Outros descartariam o caso como funcional. Mas funcional em quê? Estes sintomas são mais adequadamente agrupados sob a designação de desequilíbrio vegetativo generalizado. Tal definição dá-nos uma visão mais clara da natureza desta combinação de sintomas e permite-nos evitar o pecado do diagnóstico múltiplo.

A propósito do aumento hepático mencionado acima, as anomalias da secreção biliar e da atividade hepática são encontradas com frequência em indivíduos fatigados com sistemas autonómicos instáveis. Em segundo lugar, existem doentes que sofrem de mais do que uma doença, no sentido atual do termo. A úlcera duodenal e o estômago hipertónico estão frequentemente associados à enxaqueca. É importante, do ponto de vista da terapêutica futura, deslindar o desequilíbrio autonómico fundamental em cada caso. Talvez de maior importância seja a tendência para a coexistência de duas doenças no mesmo indivíduo, em que a instabilidade autonómica está presente numa condição e não na outra.

A úlcera duodenal, ou as suas fases prodrómicas, associa-se frequentemente, no mesmo indivíduo, a afeções reumáticas. Estas últimas não atingem, regra geral, a gravidade do reumatismo agudo. Uma fibrosite bem marcada é frequentemente encontrada. Os doentes que sofrem de formas mais graves de reumatismo, como a artrite reumatoide, apresentam frequentemente uma história prévia de dispepsia ácida com hipertonicidade gástrica imediatamente antes do início dos sintomas articulares. Por vezes sofreram de úlcera duodenal numa fase anterior da vida. É comum verificar que um membro da família teve febre reumática e outro úlcera duodenal.

Ora, nesta última condição o desequilíbrio é reconhecido. O reconhecimento da associação estreita entre estas duas doenças pode conduzir ao esclarecimento dos factores autonómicos no reumatismo. É razoável esperar a sua presença. O factor endócrino no reumatismo está a ser progressivamente revelado. A relação entre factores endócrinos e autonómicos dispensa grandes explicações.

Em muitas das condições consideradas anteriormente, o desequilíbrio vegetativo determina a natureza funcional da afeção e, frequentemente, se esta persistir durante tempo suficiente, uma lesão orgânica final. Não devemos esquecer que o desequilíbrio pode impor uma carga adicional e insuportável a órgãos já doentes por outras causas. Na angina de peito e na pseudoangina encontramos um complexo sintomático de dor precordial, irradiando em direções características, acentuada pelo esforço e pelo frio, acompanhada de sensação de constrição torácica e de dissolução iminente.

Os cardiologistas afirmam ser capazes de distinguir entre a pseudoangina benigna e a angina de peito letal através de uma dissecação fragmentária dos sintomas apresentados. Isto é falacioso, porque em ambas as condições o quadro clínico total é, em larga medida, colorido e determinado pelo desequilíbrio vegetativo. Nem sequer se trata de uma diferença de grau. Sintomas violentos atribuíveis ao desequilíbrio, diagnosticados como verdadeira angina, podem não ser fatais. Sintomas mais ligeiros podem ter um desfecho letal. Casos considerados benignos terminam, não raramente, em morte súbita em doentes relativamente jovens.

Por outro lado, muitos médicos orgulham-se de casos de verdadeira angina que sobreviveram vinte anos desde o início das crises e permanecem relativamente bem. A única distinção real entre as duas anginas é o estado do miocárdio. Mackenzie sublinhou que a angina pode ser induzida pelo efeito da tensão nervosa num coração que sofreu lesão orgânica por qualquer causa. Seria preferível substituir a noção de tensão nervosa pela de suscetibilidade à

disfunção do suprimento autonómico do coração. Não há razão para que um neurótico ansioso com cardite reumática desenvolva angina. Trata-se, pois, de uma condição em que a nossa capacidade de controlar o sistema nervoso autónomo poderia salvar um órgão lesionado de uma morbilidade acrescida.

É interessante estudar a relação entre sexualidade e atividade autonómica. A iniciação do desejo depende do sistema nervoso central. O desejo é despertado através dos sentidos; as impressões destes são transmitidas ao sistema nervoso central. A ativação do desejo é realizada pela atividade autonómica. A atividade sexual é o exemplo supremo da atividade correlacionada dos dois sistemas. É uma reação total da psique. É o fundamento último da existência — o que não é surpreendente, pois é responsável pela própria existência. É uma espécie de reflexo de massa de toda a personalidade humana.

No seu melhor, é o mais benéfico de todos os reflexos. Nele, desejo, realização e satisfação sucedem-se harmoniosa e brevemente. É saudável porque é um objetivo não adiado. É lógico que, sendo uma reação total da personalidade, incorpore a interação harmoniosa de ambos os sistemas. A ligação eficaz do sistema autonómico com os centros superiores é necessária à realização de tal atividade. As consequências mais graves para a saúde seguem-se a qualquer interrupção dessa ligação. Quando o desejo não é ativado pelo sistema autonómico, as sequelas patológicas são dramáticas. Este é o exemplo por excelência de desequilíbrio supremo e total. Sem a cooperação adequada do sistema nervoso autónomo, a psique é privada da sua melhor oportunidade de repouso perfeito.

Existem outras direções em que o estudo aprofundado do sistema autonómico poderia ser de enorme proveito. Há indícios de que a debilidade pós-doença se deve a factores vagotónicos. Existe também o problema do controlo da multidão de sintomas como vertigens e desmaios devidos à instabilidade vasomotora.

Por fim, devemos lembrar que o sistema autonómico é o mecanismo através do qual os instintos se exprimem. Este mecanismo tem uma ação bidirecional. O sistema autonómico produz sinais somáticos que refletem o efeito das emoções, cada uma inseparável do seu instinto particular. Inversamente, o controlo, por meio do relaxamento, do sistema autonómico atenua os efeitos da emoção dominante e aborta a atividade do instinto que a acompanha. No auge do medo reagimos por meio de diversos sinais somáticos, incluindo o aumento da tensão muscular. Se, através do relaxamento, reduzirmos o tónus aumentado dos músculos, diminuímos e anulamos a

sensação de medo. O hábito desempenha um papel enorme na atividade do nosso sistema nervoso. Quanto mais conseguirmos controlar os efeitos da emoção do medo, menos provável será sucumbirmos a ela em ocasiões futuras. Quanto menos temermos, menos o instinto de sobrevivência será suscetível de perturbar as nossas vidas.

Se os princípios do relaxamento fossem mais amplamente praticados, num mundo ordenado de modo diferente, talvez fosse possível, ao longo de gerações, produzir uma população menos assediada pela ansiedade do que a nossa. Esta afirmação será fortemente contestada por dar demasiada ênfase à hereditariedade. Tenho sublinhado este ponto noutros contextos, noutras partes deste livro.

Compreende-se a relutância dos médicos em aceitar a doutrina da hereditariedade dos factores anormais; trata-se de um golpe no nosso orgulho clínico. Mas, se enfrentarmos os factos, temos um papel fundamental a desempenhar na disseminação da sabedoria. Se negligenciarmos esse papel, as consequências serão trágicas. Os eugenistas, teóricos leigos com inclinação para o totalitarismo, conquistarão a atenção dos parlamentares. Quando tivermos avançado suficientemente no caminho da decadência, serão adotadas técnicas biológicas violentas, à maneira nazi. A nossa intervenção atempada pode evitar tudo isto.

CAPÍTULO NOVE
A ORIGEM NEUROPÁTICA DA DOENÇA

Este capítulo não constitui, de forma alguma, um estudo exaustivo ou científico da hereditariedade em medicina. Ocupa-se de verdades amplas e irrefutáveis.

Existem quatro tipos de doença em que a hereditariedade desempenha um papel importante: a deficiência mental, a doença mental, as psiconeuroses e aquilo a que chamámos doenças de tensão. Existe também um forte factor hereditário no cancro. As provas apresentadas neste livro sugerem que este último poderá um dia ser igualmente classificado entre as doenças de tensão. Na realidade, as infeções e as parasitoses são o único tipo de doença em que a hereditariedade exerce pouca ou nenhuma influência.

Na deficiência mental, o factor hereditário é, em relação a todos os outros factores etiológicos, de importância esmagadora. Excetuando a imbecilidade

mongoloide, é extremamente raro encontrar pais não deficientes. Mesmo no mongolismo, a deficiência nos progenitores é frequente.

A deficiência mental está a tornar-se progressiva e inexoravelmente mais comum.

Nas psicoses, a hereditariedade é novamente o factor etiológico mais importante. Aqui, a transmissão do tipo de doença é menos direta. O deficiente tende a gerar deficientes. O psicótico pode provir de uma estirpe não manifestamente psicótica, mas inclinada para a neurose, a epilepsia ou o alcoolismo. Na história familiar de praticamente todos os psicóticos encontram-se facilmente provas de psicopatologia.

A incidência da psicose está a aumentar de forma alarmante.

A opinião anterior sustentava que as neuroses eram atribuíveis a uma vitalidade intrinsecamente empobrecida do sistema nervoso central. Com o advento da análise freudiana, os factores ambientais passaram a ser considerados de maior importância. Mesmo os freudianos admitem hoje, em número crescente, que a experiência infantil e os factores ambientais apenas determinam a natureza da neurose e o conteúdo dos sintomas apresentados. Agarramo-nos à ilusão de que a neurose é causada pelas circunstâncias e, por isso, mais acessível à cura, para esconder de nós próprios e dos nossos doentes a verdade brutal da hereditariedade. Milhões de pessoas são expostas a influências parentais adversas e a choques; apenas uma parte sucumbe à neurose. Esta fração é atribuível à predisposição.

O aumento da neurose é tão verdadeiramente assustador que pode constituir um factor fatal de decadência nacional. Em cinquenta por cento dos indivíduos, a história familiar, abrangendo não mais do que três gerações, fornecerá pelo menos um caso indiscutível de neurose. Trata-se de uma estimativa conservadora.

Nos últimos dez anos, Ashby e Rudolf dirigiram anonimamente um questionário a um grupo representativo de mil e quinhentas pessoas. Pedia-se a estas que indicassem a existência de "perturbação nervosa grave" nas suas famílias. Cerca de quatrocentas responderam. Destas, vinte e cinco por cento admitiram a existência de perturbação nervosa grave. Incluindo condições como alcoolismo e excentricidade, o número elevou-se a cinquenta por cento. É evidente que as pessoas que responderam ao questionário tenderiam a omitir referências a neuroses ligeiras. O valor de vinte e cinco por cento inclui, portanto, quase certamente sobretudo casos de psicose, neurose grave e deficiência mental. É igualmente razoável supor que os que não responderam

provinham de famílias ainda mais profundamente marcadas pela psicopatologia. Trata-se de uma ilustração vívida da alarmante contaminação da sociedade pela anormalidade mental. Um questionário semelhante, realizado na Baviera com um número maior de pessoas, produziu aproximadamente o mesmo resultado.

Temos, portanto, três grandes categorias de doença, todas afetando a mente, todas a aumentar rapidamente, todas constituindo um grave problema social e, no seu conjunto, todas indelevelmente marcadas pelo cunho da hereditariedade. Algumas destas doenças estão associadas, na mesma história familiar, a lesões cerebrais orgânicas; outras, a perturbações neurológicas abiotróficas. Parece, então, que temos provas irrefutáveis de que todas estas condições envolvem uma redução transmitida da vitalidade do sistema nervoso central. As suas vítimas herdam aquilo a que chamamos traços neuropáticos ou psicopáticos.

A hereditariedade assume grande importância nas doenças de esforço. A transmissão é frequentemente direta. Reumáticos geram reumáticos, a diabetes muitas vezes transmite-se fielmente. Existe também aquilo a que podemos chamar transmissão cruzada. Casos de úlcera péptica geram reumatismo e vice-versa, etc. Uma geração contém frequentemente tanto casos de reumatismo como de afeções duodenais. As famílias tendem muitas vezes a pares de doenças. O reumatismo e a úlcera péptica coexistem. O mesmo acontece com a diabetes e a arteriosclerose. Parece que, neste grupo de doenças, existe tanto uma tendência para transmitir uma predisposição geral para doenças de esforço como para transmitir uma doença específica.

Mas há ainda um facto mais importante a extrair do estudo da hereditariedade nas condições de esforço. Atribuímos estas últimas a uma tendência neuropática, implicando com este termo um significado muito mais amplo do que aquele que atualmente lhe é atribuído. Estas doenças constitucionais crónicas estão intimamente associadas a condições neuróticas. Indivíduos neuróticos geram filhos reumáticos e vice-versa. Numa mesma geração, condições reumáticas e neuróticas são encontradas em conjunto com surpreendente frequência.

A ulceração péptica está também associada à neurose com grande frequência nas mesmas famílias. (Neste contexto, o tipo duodenal é sempre mais comum do que o gástrico.) Muito frequentemente, as famílias estão igualmente saturadas de neurose, úlcera péptica e reumatismo. Em geral, o estudo das histórias familiares revela uma saturação tanto de neuroses como de doenças constitucionais crónicas.

Vimos como estas doenças físicas crónicas têm origem no esforço e na ansiedade crónica. A sua associação extraordinariamente frequente, na mesma família, com condições psiconeuróticas reforça a minha convicção de que são definitivamente de origem neuropática.

O que dissemos acerca da ligação entre a neurose e estas doenças de esforço aplica-se também às psicoses, mas em grau muito menor. A arteriosclerose é a associação mais comum da psicose em famílias patológicas. Parece, em geral, que as doenças físicas relacionadas com as psicoses tendem mais para aquelas que envolvem lesões orgânicas dos centros superiores. As doenças físicas associadas à neurose são mais atribuíveis a falhas na cadeia autónomo-endócrina.

Asma, enxaqueca, epilepsia, alcoolismo e colite mucosa são também encontrados nestas famílias neuropáticas. A enxaqueca, a asma e a colite ocorrem sobretudo em linhagens onde a anomalia psicológica se manifesta principalmente sob a forma de neurose. A epilepsia é mais uma associação da psicose. O alcoolismo ocorre em ambas as variedades. Devo sublinhar que, ao falar de linhagens predominantemente neuróticas e psicóticas, estou a transmitir apenas as implicações mais gerais. Deve compreender-se que a neurose e a psicose são frequentemente encontradas juntas na mesma linhagem.

Pode interessar ao leitor saber que um psiquiatra meu conhecido se tem dedicado, há anos, a uma técnica provavelmente única na medicina. Ele prevê doenças, sem o auxílio da astrologia. Entrou na psiquiatria através de outra especialidade e, durante anos, dirigiu uma instituição psiquiátrica. Os seus doentes residentes incluíam muito frequentemente mais do que um membro da mesma família. O seu pessoal doente era recrutado a partir de um número surpreendentemente reduzido de famílias. Estudou a história médica dos seus antepassados. Estava bem familiarizado com aqueles membros das famílias que não apresentavam perturbação psicológica conspícua. Isto não é magia negra. Dadas algumas famílias e tempo suficiente, o princípio do prognóstico na medicina pode tornar-se uma ciência.

Prevemos a natureza das doenças individuais a partir de sintomas premonitórios. Os mesmos sintomas iniciais são frequentemente comuns a uma multiplicidade de doenças. No futuro, com maior conhecimento da personalidade do doente no seu aspeto médico, com uma história pessoal e familiar encarada do mesmo ponto de vista, deveremos ser capazes de dizer que males surgirão do stress excessivo e da privação com, pelo menos, a mesma facilidade com que hoje indicamos a doença iminente a partir de sintomas

prodrómicos. Já fazemos isto nas doenças mentais. Descobrimos, na natureza excessivamente escrupulosa, demasiado conscienciosa e autodepreciativa, a matéria-prima da melancolia. Os sintomas são mais vagos e a classificação mais difícil nas doenças mentais do que nas físicas. Dado o ponto de vista correto, as nossas "faculdades" proféticas serão um dia amplamente e utilmente empregues na doença física.

Não apresentei números quanto à evidência concomitante de neurose, psicose e doenças físicas crónicas na mesma família. Poderia produzir a prova mais convincente. Mas procurei deliberadamente eliminar as estatísticas deste livro, porque desejo, acima de tudo, evitar a introdução de conceções matemáticas no estudo da medicina sob o ângulo da personalidade. Em relação a este último estudo, a ciência da estatística, no estágio atual, é um completo anacronismo. Se o leitor pesquisar a literatura médica da era grega do estudo da personalidade, não encontrará em parte alguma uma técnica de escrita no modo atual:
"250 casos foram investigados. Destes, 75,33 por cento apresentaram, etc., etc."

Mas, para evitar a acusação de que sou evasivo ou fantasioso, peço a quaisquer médicos que leiam estas páginas que mantenham histórias familiares cuidadosas durante um par de anos, em casos de doenças constitucionais crónicas. No final desse período, e não antes, estou disposto a aceitar censura pelos meus erros. Não creio que venha a sofrer muito.

Não é que eu reivindique para mim poderes invulgares de perspicácia. É apenas que a maioria de nós consegue questionar, registar e realizar simples operações de soma.

Pode perguntar-se porque é que associações tão óbvias não foram notadas antes. A resposta reside no ponto de vista compartimentado que prevalece na medicina. Ao recolher histórias familiares, os clínicos gerais tendiam a afastar tudo o que dissesse respeito à neurose. Não continha "substância". Por outro lado, os psiquiatras não dão atenção às condições físicas. Consideram-nas grosseiras e pouco atraentes.

DIMINUIÇÃO DA RESISTÊNCIA DO SISTEMA NERVOSO

No nosso grupo de doenças de esforço existe um fator hereditário expresso em doença física. Somos forçados à conclusão de que o veículo de transmissão é o sistema nervoso central. Nos três outros grupos de doenças hereditárias — défice mental, doença mental e psiconeuroses — os sintomas

são referíveis ao sistema nervoso central. Sinais neuróticos e psicóticos são encontrados em famílias com doenças de esforço. Estes fatores convencem-me de que, em todas as doenças hereditárias, a marca é transmitida primariamente através do sistema nervoso central. Essas condições nervosas hereditárias são as que mais aumentaram de incidência no último século. No mesmo período, o ritmo de vida acelerou.

O ser humano encontra-se mais cronicamente ansioso. Tais fatores psicológicos só podem ser recebidos e transmitidos pelo sistema nervoso central. Reconhecemos que a preocupação e o aumento do esforço causam muitas doenças. Não refletimos suficientemente que o sistema nervoso deve sempre suportar o primeiro embate. Antes de o esforço induzir uma ou outra doença física, os seus estímulos nocivos têm primeiro de ser traduzidos em emoção nociva. Vimos como esta última, expressa através dos sistemas autónomo e endócrino, induz diferentes doenças de acordo com falhas variadas no padrão autónomo-endócrino.

Esta disposição neuropática em doenças consideradas físicas indica que a vitalidade do sistema nervoso e a sua resistência à doença estão a diminuir de forma constante. Trata-se de uma observação que o simples bom senso deveria ter imposto a partir do estudo do aumento da incidência das doenças mentais e nervosas, mesmo sem considerar os efeitos da neuropatia noutras perturbações físicas. O facto de isso não ter acontecido deve-se ao não reconhecimento do fator personalidade na doença. Os médicos tenderão a depreciar esta ideia. Ela implica predisposições hereditárias.

Supõem que a consideração destas conduz ao niilismo terapêutico. Trata-se de uma posição falaciosa. A dor e o sofrimento continuam a ter de ser aliviados. Há trabalho construtivo a fazer na educação dos doentes para tirarem o melhor partido do seu material de base. Só o podem fazer adquirindo autoconhecimento, particularmente no que respeita ao reconhecimento dos seus próprios pontos cegos.

Existe ainda mais evidência da crescente vulnerabilidade do sistema nervoso. As únicas infeções cuja incidência aumenta de forma constante são as que afetam o sistema nervoso, por exemplo, a poliomielite anterior, a meningite cerebrospinal, etc. Catástrofes orgânicas que afetam o cérebro — hemorragia cerebral e embolia — mostram uma associação crescente com doença psicológica em famílias afetadas. O mesmo acontece com os tumores cerebrais. O crescimento da psicanálise e da psicoterapia em geral, ao insistir, primeiro de forma enfática, agora de forma vacilante, na causação exclusivamente psicogénica das neuroses e psicoses, levou ao descurar das doenças nervosas

orgânicas com as quais, nas mesmas famílias, estas condições psicológicas estão associadas. As condições nervosas orgânicas, como os tumores cerebrais, mostram agora uma tendência para serem mais diretamente transmissíveis.

Existem certas condições, como a enxaqueca, tradicionalmente associadas a ocupações intelectuais. É estranho que não consigamos perceber que a atividade intelectual é um fator causal em tais condições. Não tiramos tais conclusões porque são demasiado óbvias. O nosso pecado persistente é preferir as minúcias às questões amplas.

Parece possível que a primeira indicação de uma tendência neuropática numa linhagem anteriormente saudável seja a ocorrência das doenças físicas de esforço, e que o primeiro sinal da estrutura em colapso se encontre no sistema nervoso autónomo. Uma contaminação liberal de uma árvore genealógica com estas doenças de esforço pode resultar em neurose nas gerações subsequentes. Esta variação hereditária da morbilidade física para a nervosa é observada particularmente em linhagens reumáticas. Indivíduos reumáticos geram frequentemente filhos altamente tensos e neuróticos.

A afirmação acima é provisória. Não disponho de dados suficientes para dogmatizar.

COMO SE TORNOU O SISTEMA NERVOSO MAIS GERALMENTE VULNERÁVEL?

Em grande parte, já lidámos com esta questão. O fator esforço levou a que fosse excessivamente bombardeado por estímulos nocivos, produzindo, ao longo de períodos prolongados, reações emocionais anormais. Existe alguma evidência de que certas linhagens tendem para uma degenerescência biológica espontânea. Não estou convencido de que as raças e civilizações humanas tendam para uma abiotrofia natural e generalizada. Se tal acontecer, é apenas razoável que o foco principal da decadência se encontre no sistema nervoso. Através das suas capacidades sensoriais e percetivas, ele liga-nos ao mundo. Quando decaímos biologicamente, fazemo-lo em relação ao mundo exterior. A nossa unidade de vida deixa de conseguir manter o ritmo exigido pela força vital. A nossa falha tem, portanto, de ser inscrita e registada no nosso sistema nervoso.

Penso que o simples fator do uso excessivo está a conduzir à decadência. Este fenómeno verifica-se noutras condições médicas. O calceteiro que maneja o martelo demasiado bem e durante demasiado tempo desenvolve ombros artríticos. Naqueles que montam excessivamente a cavalo, os tendões adutores ossificam. A cãibra do escritor é muitas vezes interpretada, e por vezes com razão, em termos psicanalíticos, mas ocorre sobretudo em escriturários.

Não pretendo lisonjear a raça humana sugerindo que usamos demasiado a mente. (Os nossos atos são ditados pelo impulso e pelo instinto. As nossas opiniões formam-se a partir do preconceito. Não raciocinamos. No Capítulo Dezassete talvez vejamos mesmo que beneficiaríamos de pensar — supondo sempre que consigamos readquirir aquilo que rapidamente se está a tornar uma arte em decadência.) Quero apenas dizer que as nossas atividades se concentram de forma demasiado exclusiva na esfera mental. Sem dúvida que, para a maioria, no último século, ocorreu uma inversão completa da natureza do trabalho. A proporção de pessoas que trabalham com as mãos é hoje insignificante quando comparada com a de épocas anteriores. O número de indivíduos empregados em ocupações sedentárias, rotineiras e de escritório aumentou enormemente. Usa-se a mente em vez do músculo, e como músculo.

Nestes grupos, a morbilidade pode ser induzida pelo simples facto de uma sobre-mentação (excesso de atividade mental) em constituições não habituadas aos seus rigores. É uma lei biológica que as aquisições anatómicas e fisiológicas mais recentes sejam sempre as mais sensíveis ao esforço e as mais propensas à doença. No ser humano, o sistema nervoso é a nossa aquisição evolutiva mais recente e mais vulnerável. É, por isso, o mais suscetível à decadência. Deve lembrar-se que grandes números dos nossos escriturários, controladores de tempo, etc., teriam sido empregados, há quatro ou cinco gerações, como rapazes de lavoura. Adquiriram alguma delicadeza social e pseudo-refinamento. Ganharam pouco em termos de vida. As suas mentes avançam em linhas direitas e laboriosas como a relha do arado dos seus antepassados. Infelizmente, a mente é mais sensível do que o bíceps.

Estudaremos a influência, na saúde, dos conceitos de finalidade. Veremos que os impulsos assertivos e ambiciosos dos homens são eles próprios glorificados com o nome de finalidade. O meio torna-se o fim. Exceto nas crises imediatas, a ambição deixou de se exprimir pela violência física grosseira do terrorismo, do roubo e da pilhagem. O homem alcança reputação através de artifícios engenhosos nos negócios, sendo reconhecido como líder na sua profissão, etc. Imita o barão ladrão com o cérebro. Este, mais delicado e, na sua forma acabada, adquirido mais recentemente do que o bíceps, é muito mais vulnerável do que a musculatura. Já é mau usar a mente como se fosse um músculo. É pior ainda usá-la como arma de ataque.

O nosso padrão de valores incentiva os excessos mentais. Avaliamos a grandeza dos homens de acordo com a sua proficiência em ginástica mental. Isto não é surpreendente, tendo em conta o grau em que o nosso sistema social é determinado e mantido por naturezas doentes. Os homens são valorizados

segundo a grandeza do seu intelecto. Os intelectuais são, demasiadas vezes, dispépticos e neuróticos. Ser um sábio e um neurótico é ser um fracasso como homem total. É mau para o indivíduo e mau para a raça. Os homens são avaliados segundo a sua produção ou segundo os cálculos mais grosseiros de utilidade social. Os nossos políticos são aqueles a quem mais prontamente atribuímos a designação de "grandes". Merecem alguma coisa, considerando quanta energia mental é necessária para conferir um pouco de frescura febril ao seu repertório de banalidades.

A obtenção de todas estas formas de eminência envolve um dispêndio de energia mental sob alta pressão. (O aspeto qualitativo dos processos mentais envolvidos é largamente irrelevante.) Falhamos completamente em avaliar os homens segundo o seu dom de equilíbrio e o grau em que alcançaram uma adaptação harmoniosa à vida. "Grande" é também um termo muito facilmente atribuído na nossa época. A insegurança consola-se por vezes com a pompa do poder. Temos de ser educados para cessar a nossa ridícula e histérica adulação dos Napoleões dos negócios e das finanças. Trata-se da adulação do trivial pelo tremendamente neurótico. Não devemos desencorajar a distinção pessoal. Devemos alterar o conceito que dela temos.

Não se pode, contudo, negar que ainda é amplamente sustentada a ideia de que o trabalho mental é muito menos árduo do que o físico. Esta opinião é comum nas classes trabalhadoras. Determina muitas vezes o desejo dos artesãos de colocarem os filhos em empregos de fato escuro. O artesão moderno avalia a natureza stressante do seu trabalho em termos de produção bruta. Não consegue ver que, ao fazer do filho um professor, o está a carregar com fatores de responsabilidade e competição que ele próprio nunca teve de suportar. A opinião do trabalhador quanto ao menor esforço do trabalho mental é, de certo modo, apoiada pelos fisiologistas. As exigências metabólicas da atividade mental são menores quando comparadas com as da atividade física.

Trata-se de uma visão extremamente perigosa. Ela contorna o facto de o metabolismo do sistema nervoso não ser plenamente compreendido. Contradiz toda a experiência clínica e a observação racional. Estamos mais seguros ao olhar para os efeitos nocivos de um século de mentação (atividade mental) acrescida. Os argumentos relativos à saúde da chamada vida intelectual são muito falaciosos. Recordam-nos a longevidade dos docentes universitários. Devemos considerar a duração das suas férias. Em Oxford e Cambridge, o ano letivo tem vinte e quatro semanas. As horas de trabalho são curtas. Trata-se de uma existência pouco responsável. Os autores vivem muitas vezes muito tempo. Um autor não tem de trabalhar por horário. O ensino e a função pública são

carreiras com pensão. Os pensionistas que se reformam na meia-idade tendem a viver muito tempo. Reformam-se numa idade em que conseguem ajustar-se, sem ansiedade, a um ritmo de vida reduzido.

Outro fator que induz morbilidade no sistema nervoso é a hostilidade da nossa época a regimes e métodos terapêuticos sedativos. Os nossos sistemas nervosos são bombardeados por uma salva sempre crescente de fatores excitantes. Quando estamos exaustos, recorremos de forma irracional a mais excitantes. Ingerimos habitualmente quatro drogas de ação excitante. O chá e o café são indubitavelmente estimulantes. O álcool atua como depressor do sistema nervoso central. Depressores e sedativos não são sinónimos. O ponto prático é que o álcool é conscientemente sentido como estimulante, em parte devido aos seus efeitos circulatórios. Induz sensações mais eufóricas. Encoraja, assim, uma personalidade cansada a novos excessos. A sua ação depressora sobre o sistema nervoso apenas acrescenta efeitos deletérios.

A nossa quarta droga nociva é a nicotina. É popularmente considerada um sedativo. Isto é completamente errado. Trata-se, na realidade, de um excitante. O ato de puxar do cachimbo ou do cigarro é o fator sedativo do fumar. É uma ação análoga à do trabalhador rural que suga uma palha ou da criança que chupa o dedo. Muitos fumadores de cachimbo sugam durante horas cachimbos apagados. Mesmo isso satisfaz. Tudo provavelmente deriva da paz e satisfação associadas ao ato de sugar.

A ação excitante da nicotina não é sentida por indivíduos normais. A droga não tem potência imediata suficiente para induzir efeitos apreciáveis em doses médias. Se o fumador for sujeito a desequilíbrio do sistema nervoso vegetativo, os efeitos excitantes são rapidamente notados. Dois ou três cigarros em curtos intervalos podem induzir taquicardia, sudorese ligeira, ligeira tontura e sensações epigástricas. Estes sintomas, por si só, induzem inquietação. Além disso, a nicotina tem uma função excitante mais específica. Os efeitos nocivos do tabaco na úlcera duodenal devem-se ao efeito da nicotina sobre o sistema autónomo. Minimizar os efeitos nocivos da nicotina é tão ridículo como os esforços daqueles que a consideram causa da maioria dos males humanos. Os irmãos Mayo nunca operavam úlceras duodenais sem primeiro obterem dos doentes a promessa de abandonar o tabaco. Aqueles que não encontram mal em fumar tentaram muitas vezes, sem sucesso, deixá-lo.

Não defendo que deixemos o álcool e o tabaco. Gosto muito de chá e de café. Limito-me a enunciar factos indiscutíveis quanto ao uso universal destas drogas e aos seus efeitos tóxicos.

A prescrição de tónicos é muitas vezes surpreendentemente ilógica. Refiro-me a fármacos com ação diretamente estimulante, como a estricnina, a cola, etc. (Há algo a dizer a favor de drogas como o ferro e o arsénio. Pelo menos ajudam a oxigenação dos tecidos.) É justificável administrar tónicos do tipo estricnina a doentes de tipo neurasténico que tendem a sentir-se sempre exaustos sem causa adequada. É muito ilógico administrar tal tratamento a doentes que sofrem de fadiga por causas mais concretas. O chicotear indiscriminado de casos de ansiedade exaustos por estes métodos é deplorável. Tais técnicas apenas encobrem os sintomas com um disfarce febril de bem-estar falsificado. Assim tratados, os processos mórbidos podem muito bem manifestar-se pela via alternativa pronta da doença física.

O tratamento farmacológico das condições neuróticas, dos estados de fadiga e das perturbações funcionais vagas é frequentemente conduzido de forma deploravelmente empírica. O doente recebe muitas vezes um sedativo ou um tónico conforme o humor do médico. Pode experimentar ambos alternadamente, caso em que geralmente consegue utilizar o correto no momento errado. Se um médico estiver constituído de tal forma que considere tónicos e sedativos como mutuamente substituíveis, a sua facilidade natural para o erro permitir-lhe-á, em regra, errar no momento do tratamento. Deveria ser uma regra geral que, em todos os casos em que os fatores de ansiedade e exaustão são marcados, o tratamento seguisse linhas sedativas e que os tónicos do tipo mencionado fossem rigidamente evitados.

Para o estudioso da natureza humana na medicina, um dos fenómenos mais surpreendentes observáveis em Inglaterra é a repulsa nacional em tomar sedativos. Estes últimos são descritos pelos doentes como "drogas". Quem assim os descreve confere à palavra um significado sinistro. O resto do arsenal de fármacos que usamos são apenas "medicamentos" e, portanto, automaticamente benéficos. Ouvi demasiadas vezes, de doentes com necessidade urgente de sedativos, o apelo patético para que eu não os prescrevesse. Esta atitude é determinada, em grande medida, pelas ideias prevalecentes no nosso sistema social. A nossa filosofia finalista e de esforço considera a toma de sedativos como um anátema.

É absolutamente indiscutível que, para uma grande parte do público em geral e para uma grande proporção dos familiares de doentes neuróticos, a prescrição de fármacos sedativos é encarada como um prelúdio da degradação moral. No entanto, os melhores sedativos, racionalmente administrados, causam muito menos lesão tecidular e perturbação das funções viscerais e nervosas do que as quatro drogas nocivas que tantos de nós tomam automaticamente todos

os dias. Os efeitos deletérios do álcool, mesmo em doses moderadas, são indiscutíveis. O café sobrecarrega o fígado e aumenta a irritabilidade do sistema nervoso. O consumo moderado de chá causa pouco ou nenhum dano. O consumo excessivo de chá prejudica a digestão e provoca palpitações e outras doenças funcionais. O tabaco aumenta a acidez, é um fator fortemente contributivo na úlcera duodenal, acelera o coração e perturba o seu ritmo.

Sob a rubrica de sedativos racionais incluo fármacos como Adalin, brometo, valeriana, Sedormid e Luminal. Sedativos mais fortes são usados em excesso e em dosagens demasiado elevadas em psicóticos, quando o regime de qualquer instituição bem gerida, que utilize ar fresco, repouso, banhos e ocupação com alguma persistência, induz resultados benéficos, na maioria dos casos, com doses mínimas de sedativo. Esta ideia de que o uso de sedativos é mais justificado em casos bem desenvolvidos e crónicos de perturbação mental é muito errada.

Conforme foi indicado, outros métodos dão melhores resultados. Além disso, os casos mentais com maior necessidade de sedativos — como os casos fulminantes de melancolia agitada — não respondem a estes fármacos, exceto em doses que exigem a mais estreita supervisão. A maior utilidade dos sedativos está no neurótico ambulatório e nos casos crónicos daquilo a que ainda, por conveniência, chamaremos perturbações funcionais, em que a atividade cerebral excessiva favorece a manutenção dos sintomas. Exemplos destas condições são as fases prodrómicas da úlcera duodenal, graus ligeiros de hipertiroidismo, asma, enxaqueca, etc.

É muito difícil persuadir as pessoas de que o uso cuidadoso de sedativos não provoca uma depreciação quantitativa ou qualitativa da atividade mental, nem imediatamente nem ao longo de um período prolongado. Um fármaco como o Adalin, ao diminuir a inquietação inútil e supérflua, pode aumentar o rendimento intelectual do doente, estabilizando os seus poderes de concentração. Em doses razoáveis, pode ser administrado antes de exames, sem prejudicar as hipóteses do doente nesses prelúdios arruinadores da distinção.

Mesmo na nossa preferência natural por certos tipos de fármacos, independentemente do que o médico prescreve, o fator personalidade desempenha um papel. Induz reações peculiares às variedades de fármaco pelas quais sentimos antipatia ética ou psicológica. Muitos orientais, com a sua filosofia fatalista de aceitação, podem fumar ópio impunemente. O inglês depressa fica em ruínas com a mesma prática. Não se trata de habituação gradual no oriental e de sobredosagem violenta no inglês. O oriental fuma ópio como o inglês fuma tabaco. Em ambos os casos não há regulação gradual da

dose, exceto a que é imposta por efeitos indesejáveis breves e precoces, como a náusea após fumar os primeiros cigarros. O ocidental, por seu lado, aborda geralmente o ópio com cautela. Fá-lo apenas pela experiência. Não sei se a nicotina tem um efeito alarmantemente deletério nos orientais. É certo que muitas seitas orientais são moralmente repelidas pelo cigarro e pelo álcool.

NEUROPATIA E FUNÇÃO DIGESTIVA

É justificável mencionar aqui um aspeto particular da tensão nervosa e da sobre-intelectualização. Quando estes fatores se revelam em condições físicas, parecem escolher o estômago e o duodeno como principal via de expressão dos sintomas mórbidos. De todas as doenças crónicas, a úlcera duodenal é a que aumenta com maior rapidez alarmante. É um dos principais problemas médicos do Exército nesta guerra. Não só a úlcera duodenal, mas as condições dispépticas em geral, estão a atingir elevada incidência nos serviços de combate.

É totalmente falacioso atribuir estas condições inteiramente à dieta do Exército. Os dietistas falam como se a alimentação das classes que constituem em grande parte a base do Exército fosse, em tempo de paz, escolhida pelas opiniões combinadas do chef do Hotel Savoy e de uma equipa de especialistas em dietética. As condições próprias da guerra são responsáveis, em larga medida, pelo agravamento de sintomas dispépticos. Há elevada incidência de dispepsia em homens expostos a bombardeamentos em mergulho e a outros dos piores perigos da guerra moderna.

A observação direta leva-me a crer que os acompanhamentos somáticos mais comuns do bombardeamento aéreo são sintomas referíveis ao epigástrio. Isto inclui, evidentemente, a observação de doentes para além daqueles internados por efeitos de choque dos bombardeamentos. O problema da úlcera duodenal e das condições estreitamente associadas de hipocloridria? (hipercloridria) e espasmo pilórico é particularmente grave do ponto de vista de quem dirige as atividades dos serviços de combate. Muitos destes casos duodenais são tipos obsessivos. Por isso, são altamente conscienciosos, com capacidade de fazer acontecer e com considerável energia, que lhes permite tirar o máximo de si próprios e também dos outros — infelizmente à sua própria custa. Muitos jovens sargentos e cabos competentes, vértebras importantes na espinha dorsal do Exército, são do tipo duodenal. A sua baixa do serviço é algo de trágico.

Os pilotos da R.A.F. estão sujeitos a condições duodenais. Pilotar um avião é um trabalho que, acima de tudo, exige e mortifica os tipos duodenais. É um

trabalho mortalmente preciso, com um horário implacável. Muitos polícias metropolitanos sucumbem a esta condição. Já vimos que é uma aflição particular de médicos e motoristas de autocarro. A úlcera duodenal está a tornar-se um flagelo. Afeta sobretudo homens inteligentes e dinâmicos, a desempenhar trabalho responsável, suficientemente inteligentes para compreender a responsabilidade, e que não tendem a expressar conscientemente a ansiedade sob a forma de neurose.

Considerámos anteriormente a relação entre o duodeno e a atividade hipofisária. Parece existir uma ligação mais geral entre atividade mental e dispepsia. O intelectual dispéptico é um tipo comum. Muitos soldados que colapsam por dispepsia no Exército desempenham, em tempo de paz, ocupações de escritório e afins. A indigestão de um tipo adequadamente abrangido pelo antigo termo "dispepsia nervosa" é muito comum entre estudantes a preparar exames, professores, etc. Os sintomas incluem geralmente azia, sensação opressiva após as refeições, flatulência, fome entre refeições e, muitas vezes, obstipação de tipo espástico. É bastante inadequado atribuir a dispepsia nervosa, por inteiro, a complexos gerados pelo exame iminente. Existem sempre outros canais disponíveis para a expressão da ansiedade.

Há dois ou três fatores que apontam para o facto de a atividade mental excessiva, por si só, afetar a função digestiva, particularmente induzindo dispepsia do tipo ácido. Os sedativos, em geral, têm excelente efeito sobre os sintomas dispépticos. Devem ser sempre dados em casos genuínos de indigestão. O seu efeito é particularmente benéfico em sintomas referíveis ao duodeno e em casos de estômago hipertónico. Os barbitúricos são especialmente úteis. Têm um efeito particularmente inibidor sobre a produção de ácido. Este efeito deve-se, penso eu, ao seu efeito sedativo sobre a função cerebral.

Os sujeitos com dispepsia ácida e hipertonia beneficiam muitas vezes muito do exercício. Este é uma técnica fisiológica de redução da acidez. Aplica-se ao estômago e ao duodeno, tal como a outros locais. Há vários argumentos a favor desta perspetiva. O meu argumento principal baseia-se na observação clínica. Faz-se muito mal aos tipos duodenais ao restringir-lhes o exercício durante longos períodos. Estes doentes precisam de repouso mental e físico. Isto deve ser completo nas fases agudas. Deve aplicar-se sempre, em grau considerável. Mas aquilo que os médicos demoram a perceber é que o repouso, para o tipo duodenal, não implica necessariamente a redução quantitativa do trabalho físico ou mesmo mental, embora isso seja muito desejável. O fator mais essencial é

eliminar, no sujeito desta condição, a tendência para pressionar, para "bater o relógio" em tudo o que empreende. Um sujeito duodenal disposto a lidar com este defeito da sua personalidade tem melhor prognóstico como médico do que aquele que, não instruído ou não convencido desta falha psicológica, segue uma ocupação relativamente sedativa, como a horticultura.

Discutimos a postura em estados duodenais e hipertónicos. A posição encurvada frequentemente associada a ocupações intelectuais pode ser um fator contributivo. O sujeito trabalha muitas vezes sentado à secretária ou à mesa. Quando está cansado e a coluna lombar já não o sustenta, deixa-se cair para a frente, com os ombros fletidos e os músculos abdominais projetados. Devemos lembrar-nos de que o repouso físico, em casos duodenais e hipertónicos, é largamente benéfico devido ao seu efeito na correção, pelo menos temporária, da postura.

No próximo capítulo estudaremos mais razões para esta crescente vulnerabilidade do sistema nervoso. Estaremos a lidar com a saúde. A saúde é uma experiência subjetiva. É essencialmente um complexo de sensações. Expressa-se através do sistema nervoso. A disfunção deste exprime desarmonia que, por sua vez, gera aquela parestesia generalizada a que chamamos mal-estar.

LIVRO TRÊS
FATORES SOCIAIS, ESPIRITUAIS E SENSORIAIS

CAPÍTULO DEZ
PATOLOGIA SOCIAL

As doenças de esforço estão a aumentar. A gestão do fator esforço é o principal problema da medicina. As infeções diminuíram. Dizem-nos que estamos mais saudáveis. A mortalidade infantil desceu. Isto abre caminho a triunfos estatísticos. Os estatísticos ficam assim habilitados a oferecer conceções falsas acerca das nossas perspetivas de vida. Há um século, uma grande proporção de crianças morria nos dois primeiros anos de vida. Hoje, a grande maioria sobrevive. Isto não indica aumento de saúde. Devemos desconfiar da subtileza enganadora das longas filas de números.

Condições de esforço como a úlcera péptica, o hipertiroidismo, o reumatismo e a arteriosclerose estão a aumentar de incidência. Surgem em idades mais precoces. No nosso tempo, os seus sintomas são atenuados por fármacos mais recentes. Mas acrescentar um ou dois anos de vida a inválidos crónicos não é necessariamente sinal de aumento da saúde de um país.

Há dois ou três séculos, as infeções cobravam um tributo de vida mais elevado. Alguns escapavam-lhes. Alguns recuperavam de forma improvável, apesar do tratamento. Estes sobreviventes eram muito menos propensos às condições crónicas que constituem o nosso problema moderno. Por vezes argumenta-se que a incidência destas últimas era tão grande como hoje, mas que não era diagnosticada. Isto é arrogante e falacioso. A diabetes, as anemias e a úlcera duodenal são diagnosticadas com ajuda de métodos laboratoriais, mas, em grande medida, o reconhecimento destas doenças de esforço continua a depender da observação clínica.

É sobretudo nas infeções bacilares que o diagnóstico laboratorial tem importância primordial. É errado supor que o médico de há um século, treinado para depender do seu sentido clínico, falhasse no diagnóstico de doenças cujo reconhecimento depende sobretudo do apuramento de sinais e sintomas. Pelo menos, faria tão bem como os "médicos do tubo de ensaio" do modo atual. Muitas doenças crónicas recebem o nome dos médicos que as descreveram. Basedow, Parry, Heberden, Hunter — as suas descrições permanecem como monumentos duradouros de perspicácia clínica. Seriam assim tão propensos a erros de diagnóstico?

É mais provável que os erros cardinais de observação sejam cometidos pelo Dr. Fulano, escrevendo nas nossas revistas: "Mulher, 58 anos. Casada. Protestante. Magra. Glicemia igual a...", sem apresentar qualquer facto essencial obtido por métodos clínicos.

Os sanitaristas entusiastas, que afirmam estarmos a aproximar-nos de uma utopia médica, negligenciam completamente o facto de existir entre nós uma vasta incidência de neurose, que escapa à classificação entre as doenças incapacitantes e mortais e que, no entanto, causa enorme miséria, muitas perdas de tempo de trabalho e uma perspetiva nacional debilitada. Uma grande proporção dos casos que recebem tratamento sintomático pelos médicos convencionados e são classificados sob a rubrica de alguma doença física são, na verdade, perturbações neuróticas ou funcionais. Além disso, condições neuróticas e a exposição de personalidades vulneráveis a circunstâncias propícias à neurose podem resultar na produção de doença física, grave em grau e natureza.

Absoluta e relativamente, estas doenças crónicas associadas ao stress aumentam de forma constante. Ainda não definimos a origem e a natureza deste esforço. Existem várias categorias de causação. Trataremos aqui alguns fatores sociais e industriais na sua etiologia.

DOENÇA E RITMO DE VIDA

O ritmo crescente da vida moderna não é um cliché jornalístico. Todas as profissões assistiram a uma aceleração espantosa do tempo na última metade, ou mesmo no último quarto, de século. O médico deslocava-se lenta e penosamente em charretes e recebia recados entregues à mão. Ainda não era atormentado pelo estridente e sinistro alarido do telefone. Advogados e homens de negócios escreviam relatórios lentamente, à mão. Não eram impulsionados para um potencial mais elevado pela máquina de escrever e pela estenógrafa loira.

Existe uma relação clara entre o aumento do ritmo de vida e a nossa tendência para certos tipos de doença. A revolução industrial introduziu nas nossas vidas maior tensão, velocidade e competição. Desde o início dessa era, vimos também um grande aumento tanto das neuroses como das nossas doenças constitucionais crónicas.

A medicina, em geral, tem abanado a cabeça, lugubremente, perante esta aceleração. E fez um gesto adicional: lavou as mãos do assunto. A psiquiatria

deveria ter oferecido mais ajuda e orientação. Falhou de forma gritante em sublinhar os efeitos nocivos do nosso ritmo de vida. A implicação de muito ensino psicanalítico é que tais fatores não importam. O argumento segue mais ou menos assim: um homem é um neurótico obsessivo; por isso trabalha muito e força os outros a trabalhar muito. Fará isto quer o ritmo de vida à sua volta seja lento ou rápido. Insiste num dia cheio, para si e para aqueles que governa. Este argumento sugere que é o homem que determina as condições.

De facto, isto explica em grande medida o tipo de mente que acendeu o ritmo "jazz" deste século. Mas descreve apenas a origem de uma pequena percentagem destes "viventes rápidos". Alguns neuróticos podem impor o ritmo em qualquer sociedade. A comunidade, no seu conjunto, não deseja segui-los. O empregador obsessivo pode criar um horário impossível. O empregado só o seguirá a contragosto. É da maioria desses seguidores relutantes que recrutamos muitos dos nossos neuróticos, dispépticos e outros tipos mórbidos.

A psiquiatria enfatiza a influência do ambiente na indução de doença. Por "ambiente" entende sobretudo condições familiares e profissões inadequadas a determinados temperamentos. Parece não se preocupar com o facto de a estrutura da sociedade, como um todo, decretar que a massa dos homens é forçada em excesso. É estranho, trágico e condenável.

A ligação direta entre morbilidade e o aumento de velocidade na indústria mostra-se pela implementação de esquemas para aumentar a produção. A ulceração péptica é o tipo de baixa mais comum resultante dessas medidas. Numa fábrica onde foi introduzido tal sistema, a incidência de ulceração duodenal assemelhou-se a uma epidemia.

A condição irracional da indústria levou, nos últimos anos, ao surgimento de uma nova categoria de operários, chamados "caçadores de progresso". A função destes homens é acossar os que lhes estão subordinados, para garantir a produção máxima. Constituem uma Gestapo branda e pouco voluntária. O trabalho é, em geral, desagradável para quem o faz. Não é inteiramente agradável fazer da implicância uma profissão. Os homens assim empregados aceitam as condições porque isso implica promoção e melhor paga. A taxa de doença aumenta sob a égide do chicote dos "caçadores de progresso".

Mas estes próprios frequentemente apresentam uma taxa de baixas superior à dos seus subordinados. Ficam doentes por dispepsia, ulceração péptica e ansiedade e neurose obsessiva. (Deve admitir-se que muitos são, à partida, tipos obsessivos. O obsessivo possui impulso anormal e é assim

selecionado pelo seu empregador ainda mais obsessivo para servir de senhor da galé.)

Não pretendo que estes parágrafos sirvam de argumento contra qualquer sistema político em particular. Ocupamo-nos sobretudo da questão mais ampla da doença e de todo o sistema social tal como existia na Europa Ocidental antes de a Alemanha revelar, de forma dramática, a sua predileção pelo primitivo. À superfície, os factos aduzidos pareceriam um argumento contra o capitalismo. Bem poderiam sê-lo, mas a questão exige análise mais cuidadosa.

Seria útil se existissem números provenientes de sistemas alternativos ao capitalismo. A Rússia soviética tentou produzir uma casta de operários-modelo. O pessoal é recrutado pela estimativa da capacidade de produção. É provável que esta tentativa de fabricar uma aristocracia proletária seja acompanhada por uma taxa de morbilidade tão elevada como a que se verifica nos Estados capitalistas. Sabemos pouco da medicina russa. É tão insondável como a esfinge do Kremlin.

Até os nossos prazeres ganharam em ritmo e intensidade. Como médicos, prescrevemos golfe a homens de negócios extenuados. Vemo-los a concentrar-se intensamente em aperfeiçoar o estilo, a ler livros sobre o tema e a encarar a perda de um jogo como algo catastrófico, como o colapso de um negócio. Os jogos tornaram-se uma indústria triste e servil. Os homens usam tanto os jogos como o trabalho como narcótico para inibir o pensamento. Mutilam o prazer com o desejo de se superar. O ritmo e a intensidade crescentes do atletismo moderno são literalmente exemplificados, com força dramática, pela contínua quebra de recordes que testemunhamos ano após ano.

Os jogos organizados deixaram, em grande medida, de ser o relaxamento do amador. São o sustento do profissional. São prazeres infiltrados pelo princípio dos negócios. Um dia poderão deixar completamente de ser prazeres.

O atleta treinado é um tipo muito vulnerável, tanto do ponto de vista físico como mental. Na juventude, no período de conquista ativa, é propenso a neurose e perturbações funcionais, envolvendo geralmente o estômago e o duodeno. Depois, numa idade relativamente precoce, na meia-idade, tende a uma recrudescência de sintomas psicológicos. Isto acontece porque, nessa idade, atravessa uma espécie de climatério espúrio e catastrófico. Termina cedo a sua função de vida. Não é possível — exceto em jogos como o críquete — manter atletismo de topo para além dos trinta anos. Até então, viveu ao ditado de uma velocidade antinatural. Não consegue ajustar-se fisicamente. Os músculos deterioram-se, exigindo o estímulo de energia furiosa. Engorda e o

coração torna-se flácido. Desenvolve arteriosclerose devido aos esforços excessivos da juventude. Deteriora-se psicologicamente. Só raramente, nas esferas intelectual ou empresarial, o atleta treinado consegue impor — ou sequer manter — o ritmo. Muitos atletas entregam-se à bebida na meia-idade para recuperar, em fantasia, a velocidade febril e os esforços stressantes da juventude.

Chegámos a um ponto curioso quando o atleta — no sentido próprio, produto da saúde e sanidade da Grécia — é, na nossa civilização moderna, um neurótico, mal ajustado às várias exigências da arte de viver e, além disso, propenso a decadência prematura.

O aumento do ritmo de vida como causa de certos tipos de doença é, por si só, um tema tão vasto que exigiria um volume inteiro para discussão adequada. De seguida, trataremos outros fatores adversos que decorrem mais especificamente do aumento de pressão no comércio e na indústria.

FATORES INDUSTRIAIS NA DOENÇA

As últimas décadas assistiram a um enorme aumento da mecanização do trabalho. Isto implicou, no início, aquilo que pareciam ser melhores condições. O salário era consideravelmente mais elevado do que o recebido pelo trabalho na terra. Havia maiores oportunidades sociais. O trabalhador era ainda recompensado com os prazeres glamorosos e inesgotáveis de cidades como Sheffield e Leeds. Via as suas torres fumegantes e os seus montes sórdidos do sótão da sua barraca nos bairros degradados. Ele e a sua descendência pagaram por este esplendor febril. Pagaram em raquitismo e tuberculose. Pagaram com outras doenças prevalecentes onde o progresso "esclarecido" implica uma dosagem acrescida de doença, trevas e degradação.

Não tendo ainda adquirido a forma de imunização que resulta de repetidas imersões em agentes nocivos, o recém-chegado à indústria era ainda atormentado por doenças específicas de certos setores. Silicose, antracose, asma dos oleiros, catarata nos trabalhadores de fornos e toda uma categoria de novas doenças prestavam eloquente testemunho da marcha do progresso. A opinião "esclarecida" providenciou compensações adequadas e melhores condições. Essas doenças são hoje menos frequentes do que foram. Os sanitaristas, por isso, perdem-se e ficam atordoados numa nuvem de autocomplacência. Os homens que atualmente trabalham sob tais condições descendem de uma linhagem que, durante algumas gerações, foi "ensopada" em sílica, pó de carvão e partículas de estanho. Adquiriram um certo grau de

imunidade. É estranho como, tantas vezes, os deuses da higiene, perdidos na contemplação dos próprios triunfos, conseguem esquecer, quando lhes convém, a essência do seu próprio ensino. São, como Hitler, ilógicos mas sempre infalíveis.

O mineiro continua a adoecer. Agora tende mais para neuroses expressas em aberrações histéricas da função física. Desenvolveu um jeito para a neurastenia traumática. A tendência neuropática, que é a base da maioria das doenças, há de manifestar-se de algum modo e em algum lugar. O mineiro e o estanheiro mudaram os seus canais de descarga. Como vimos, adquirem as doenças "permitidas" pela sua condição.

Não me proponho tratar os riscos da indústria do ponto de vista das doenças profissionais, nem recapitular a sórdida patologia humana em que a malnutrição e os registos de condições de bairro degradado servem de títulos de capítulos. Isso foi tratado de forma adequada noutros locais. É o tema de panfletos políticos que atraem enorme atenção. É também objeto de investigação científica cuidadosa, por vezes apreciada quando as conclusões coincidem com o modo político do momento.

Nos últimos vinte e cinco anos, houve uma aceleração particularmente grande da mecanização. Tem sido uma das principais causas do desemprego. Um homem, com auxílio instrumental, executa agora tarefas anteriormente atribuídas a meia dúzia. (Não me refiro a condições de guerra.) O ideal industrial é um operário superespecializado com uma dúzia de interruptores-mestre a substituir um número igual de homens. Isto teve efeitos nocivos tanto sobre os qualificados como sobre os não qualificados.

Os primeiros ficam sobrecarregados de responsabilidade. O efeito, na produção, de pequenos graus de ineficiência torna-se profundo quando um homem tem de lidar com maquinaria complexa. Fica "afinando" para um estado de tensão antinatural. Torna-se uma baixa. Os empregadores estão a matar a galinha dos ovos de ouro. Estão a destruir a classe que tentam criar. Estão a criar uma horda de neuróticos e a aumentar a incidência das doenças funcionais e orgânicas mais facilmente atribuíveis a perturbações emocionais. O operário qualificado, quando desenvolve doença física, é particularmente propenso à úlcera duodenal. Esta afeção é uma espécie de primeiro sinal físico de mentação excessiva (ver Capítulo IX). É a primeira ponte erguida entre a doença psicológica e a doença física.

O efeito nos não qualificados é tão mau como nos qualificados. Nos últimos trinta anos houve um êxodo constante do campo. Trabalhadores agrícolas,

homens criados na técnica lenta e laboriosa da lavoura, não conseguem manter o ritmo exigido na indústria. Isto não é crítica à sua inteligência. O trabalhador da terra é, natural e necessariamente, lento. Um agricultor ou horticultor rápido e tenso é um mau agricultor. Uma das enormes vantagens do trabalho rural é que o trabalho lento e constante não só beneficia a saúde do trabalhador como é um ativo económico, tanto para ele como para o patrão. Produz melhores resultados e torna-se mais útil por seguir o seu próprio ritmo.

Além disso, assumir responsabilidade por maquinaria complexa, sem ter uma mente "mecânica", é um problema considerável para empregados de origem rural. É certo que o trabalho agrícola se tem mecanizado cada vez mais, mas o trabalhador do campo ganha experiência, sem pressa excessiva, num número limitado de dispositivos mecânicos, como o trator. Não se deve esquecer, também, que, devido à estagnação da agricultura nos últimos anos, muitos trabalhadores rurais não abandonaram a terra para a indústria senão na meia-idade, quando as suas capacidades de ajustamento a novas condições já se tornaram inelásticas.

As doenças sofridas pela base não qualificada são algo diferentes das que afligem os seus irmãos mais aptos das categorias não comissionadas. Os não qualificados tendem a colapsar por aumento da incidência das doenças de esforço e pelo seu aparecimento em idades precoces. São também mais propensos ao reumatismo e menos à ulceração duodenal do que a categoria qualificada. Quando sofrem de neurose, tendem sobretudo para as variedades que imitam doença física e se exprimem através de sintomas quase físicos.

Assim, vemos nesta classe de operários paresia, paralisia, tremores, etc., de origem histérica. A neurastenia, no sentido estrito da palavra — e não todo o continente de aflições que o termo cobre nos atestados de consulta convencionada — é também comum. A neurastenia implica sobretudo a existência de exaustão sem causa orgânica tangível, com, para uma condição neurótica, um desenvolvimento relativamente limitado de sintomas adicionais, sendo o mais característico uma sensação de pressão na cabeça. Ocorre também depressão com lentificação, isto é, a variedade menos complicada de melancolia.

A depressão do comércio nas últimas duas décadas resultou em homens a mudarem de ocupação na meia-idade ou já tarde na vida. Trata-se de um fator de enorme importância na produção de morbilidade. Não me refiro apenas a trabalhadores rurais que passam para a indústria. O processo inverso é igualmente propício à doença. Homens de cinquenta anos não podem, impunemente, trocar as manipulações relativamente delicadas, embora rotineiras, exigidas em muitas indústrias pelas exigências grosseiras do trabalho

físico. Isto aplica-se ainda mais a trabalhadores do comércio expulsos do emprego, muitas vezes pela fusão de pequenos negócios em empresas maiores. O fenómeno tende a ocorrer sempre que homens com ocupações rotineiras, sedentárias e relativamente protegidas perdem o emprego e são reduzidos ao trabalho físico. O habitante da "gaiola" não consegue, na meia-idade, converter-se impunemente num animal de caça. Uma consequência muito comum de tal tentativa é a artrite, mas qualquer uma das doenças de esforço pode ser induzida — embora a úlcera duodenal não seja frequente. Além das doenças de esforço que mais citámos neste livro, pode também ocorrer colecistite.

MUDANÇA DE OCUPAÇÃO COMO CAUSA DE DOENÇA

A mudança de ocupação não é suficientemente apreciada como fator na etiologia da doença. Muitos médicos fazem as histórias pessoais e familiares mais cuidadosas. Muitas vezes consideram a profissão do doente. Mas não perguntam pelas suas flutuações. Não investigam mudanças de trabalho diurno para noturno, ou de salário regular para pagamento à peça.

Evidentemente, a mudança de ocupação não é, nestes casos, a única causa de doença. Não reivindico uma importância etiológica exclusiva para o esforço e a ansiedade crónica em geral. Temos de considerar também tendências inatas para disfunção autónoma e endócrina. Uma infeção sobreposta pode também ser um fator. Em toda a medicina, nunca encontrará prova irrefutável de que um único fator, sozinho, causa uma doença específica. Mesmo naquela que é talvez a mais específica de todas as infeções, a difteria, a suposição de que o bacilo de Klebs-Loeffler é o único fator causador transgride os fundamentos da lógica.

Porque é que ele se instala em gargantas particulares? As gargantas das vítimas de difteria não são intrinsecamente fracas. Porque é que alguns, que albergam o parasita, sucumbem? Porque é que outros escapam ilesos? Porque é que organismos atenuados causam doença em alguns? Porque é que estirpes virulentas falham em infetar outros? A resposta condensa-se no abençoado chavão da imunidade. O que, em todas estas circunstâncias, decide os graus relativos de imunidade? A resposta do bacteriologista é que dependem do grau relativo de antitoxinas nestes diferentes casos. E o que determina essas variações de força — pelo menos naqueles que não se encontram na primeira infância? O grau de virulência do organismo infetante. Voltamos assim ao ponto de partida. Este tipo de explicação é autocontido, confortável e muito satisfatório para os seus defensores. É o "subúrbio das vivendas" da medicina.

Para médicos que, por um lado, têm uma visão mais filosófica, ou que, por outro, praticam os grandes traços da medicina no meio são da clínica geral, esta perspetiva é cega e miseravelmente restrita. Tem o campo visual da existência geminada. Há algo de absurdo na ideia de a personalidade humana, com todas as suas complexidades nervosas, psicológicas e químicas, existir como uma espécie de refúgio temporário para doenças cujo ofício é o jogo das escondidas. A bacteriologia reivindica um grau considerável de infalibilidade no diagnóstico. Lida com algo tangível, aprisionado nos limites de uma lente. Mas essas entidades tangíveis são microscopicamente concretas. Aqui lidamos com personalidades que, por agora, não são avaliáveis em termos concretos. Não devemos esquecer a vítima na contemplação reverente do vírus.

Mesmo o bacteriologista só reivindicaria a existência de causas únicas e absolutas num número limitado de infeções específicas, como difteria, escarlatina e peste. Consideremos outra doença aparentemente de natureza infeciosa. Na febre reumática, frio, fadiga, hereditariedade, infeção aguda e a ativação de agentes de infeção pré-existentes e latentes são fatores etiológicos. Os mais familiarizados com a doença são incapazes de decidir qual é o fator de primeira importância. Nenhuma pessoa sensata espera ou deseja que alcancem tal proeza. A febre reumática, como a maioria das aflições, tem uma causação múltipla e complexa. Isto aplica-se com ainda mais força às doenças constitucionais crónicas, onde não existe evidência direta de processos infeciosos.

Não é surpreendente que quase nunca encontremos uma causa única indiscutível de doença. Mesmo que possamos ficar satisfeitos de que existe apenas um fator externo — e disso raramente temos certeza — temos de considerar a personalidade do doente como algo que não só modifica o efeito dos agentes nocivos, como provavelmente determina a natureza da doença.

Poderia citar muitos casos em que a mudança de ocupação, na meia-idade, produziu doença. A alteração de profissão envolve, naturalmente, conflito psicológico, aumento do esforço e perturbação da economia doméstica. Não estou apenas a argumentar que o número de casos que poderia citar, em que este fator atuou, é impressionante. Afirmo que, em muitos homens de meia-idade que apresentam estas doenças de esforço, embora estejam presentes outros fatores, a mudança de ocupação é o fator etiológico, de longe, mais comum a todos.

DOENÇA E O IMPULSO CRIATIVO

Uma outra causa de doença, nos que trabalham na indústria moderna, é o caráter impessoal do trabalho. Um homem pode passar anos empregado no fabrico de uma única peça componente de uma máquina ou de um tipo de produto manufaturado. Os psiquiatras mostraram-nos que um fator assim é muito propício à neurose. E não só a neurose: outras queixas atualmente chamadas físicas também podem surgir de semelhante causa. O impessoal pode, por vezes, matar.

Sob este aspeto, a indústria rouba ao homem uma iniciativa razoável. Ele trabalha — talvez não durante horas incontáveis, talvez não de forma particularmente stressante. Por vezes, o uso de técnicas especializadas torna-se, ao fim de anos, tão rotineiro como empurrar um arado. Depois de anos em tais circunstâncias, não se pode apontar, como fator nocivo, qualquer elemento acrescido de responsabilidade pessoal, pelo menos no que toca à lógica do seu trabalho. Mas o lavrador, ao menos, vê o campo — o campo inteiro — uniformemente marcado pelos seus próprios esforços. Semeia. Mais importante: colhe aquilo que semeou. O seu irmão na indústria não perece por excesso de trabalho. Cai porque, algures perto da superfície da consciência, sente que toda a sua vida — ou, pelo menos, todas as suas horas de trabalho — é supérflua. O seu talhão, os pássaros engaiolados que cria, são muitas vezes mais do que simples passatempos. São pedras de toque que dão à vida o seu único sentido.

Não estou a defender que a falta de saída para o impulso criativo e a convicção da inutilidade da existência pessoal sejam causas únicas de morbilidade. (Esta última é, aliás, muitas vezes a salvação de muitos.) O fator patológico poderoso, nestas circunstâncias, é o facto de ao indivíduo ser negado um objetivo imediato. (Discuto este aspeto da finalidade em relação à doença no Capítulo XI.) Basta dizer, aqui, que o cumprimento de objetivos simples acalma a turbulência da personalidade na sua expressão ativa. Atua como sedativo.

Objetivos como a perfeição profissional, uma produção tão vasta que se torne lendária, a luta por uma elevada reputação na profissão, são irreais, exaustivos e difíceis de alcançar. São artificiais. São concebidos intelectualmente. Nascem de emoção anormal. São demasiado esgotantes. A satisfação de objetivos simples, razoavelmente atingíveis, é propícia à saúde. A perseguição do nebuloso e do remoto é causa de doença. É mais feliz e mais saudável apontar para o cultivo do seu canteiro de couves, segundo a receita de Voltaire, do que tentar satisfazer a sua conceção particular do absoluto.

Mais tarde tentarei explicar com maior pormenor como o sistema social em que nascemos molda, de facto, as nossas personalidades de modo a que sejamos, primeiro, escravos de uma finalidade mal definida e, segundo, propensos à doença como consequência natural. A doença induzida não é apenas neurótica, mas também física.

A personalidade do indivíduo depende do sistema nervoso não só para receber e sofrer aquilo que o meio lhe impõe, mas também para exprimir os seus sintomas de doença. Estamos a desenvolver personalidades mais neuropáticas, mas temos de aprender a usar a palavra "neuropático" num sentido mais amplo. Antigamente implicava uma tendência para a psiconeurose. No futuro significará apenas a tendência de sistemas nervosos vulneráveis para transmitirem esforços externos. Através do sistema nervoso, esses stresses provocam reações de descarga em diferentes elos da cadeia endócrino-autónoma. Doenças físicas, mentais e neuróticas são expressões alternativas do denominador comum fundamental do esforço.

CAPÍTULO ONZE
FATORES SENSORIAIS NA DOENÇA

Tratámos, de forma simples, alguns fatores que conduzem ao esforço. Vamos agora estudar erros mais fundamentais da civilização. A morbilidade é induzida por atitudes mentais erradas. Muitas das crenças que aceitamos acerca da nossa finalidade na vida ou do nosso destino enquanto seres humanos são nocivas para a saúde, além de o serem para a felicidade. Prestamos-lhes homenagem de palavras. Inconscientemente revoltamo-nos contra elas. Tornamo-nos, assim, escravos do conflito. Muitas dessas crenças determinam o padrão das nossas vidas. Encorajam-nos a atitudes febris que não conseguimos sustentar.

O que entendemos por esforço? Tal como a vida, tal como a consciência, é difícil defini-lo em termos metafísicos estritos. É um composto de ansiedade, um fator difuso na neurose. Linhas desse tipo são pouco produtivas. Escrevo para médicos práticos, não para académicos da medicina. O esforço é um fator universalmente deletério. Tentarei defini-lo encontrando algum fator universalmente benéfico face ao qual ele atue como antagonista. Existe, por exemplo, algum fator infalível aplicado ao ser humano na doença? E o mesmo fator funciona igualmente bem na prevenção da doença? Há uma resposta, e apenas uma: repouso.

A TERAPÊUTICA DO REPOUSO

Por repouso não entendo apenas repouso físico, como ficar de cama, ou repouso mental, como abster-se de trabalho. Nem deveríamos usar os termos repouso físico e repouso mental. Se a psique é corpo e mente a agir em harmonia indivisível, o repouso tem de implicar a indução de repouso no mesmo mecanismo.

Estamos a estudar a personalidade em relação à doença. A personalidade não é um conceito estático. Temos de a conceber sempre como dinâmica, procurando um objetivo. A nossa personalidade precisa de vários objetivos. Estes, para a saúde, devem incluir sempre um certo número de objetivos imediatos, não demasiado difíceis de alcançar. Objetivo, realização e satisfação devem suceder-se de forma regular e com razoável celeridade.

A saúde é um atributo de toda a psique. É um estado subjetivo sensorial. O objetivo da personalidade, portanto, para a saúde, tem de estar em grande medida na esfera sensorial. A minha tese é que a negligência relativa deste campo de atividade é causa de morbilidade. Sustento também que sofremos de demasiados objetivos adiados. Se a religião, a ambição e a cobiça de adquirir para além das nossas necessidades razoáveis são fortes, a realização é infinitamente adiada; a satisfação é sempre parcial e por vezes negligenciável.

O repouso, como a saúde, é um complexo harmonioso de sensações. Em certa medida, ambos são sinónimos. É através da sensorialidade que a nossa psique consegue encontrar repouso periódico. A soma desses períodos induz o estado sensorial crónico de saúde.

Começarei por tratar o repouso no seu sentido comum. A sua necessidade é tão universalmente reconhecida que nós, médicos, muitas vezes não damos por isso. Por uma combinação notável de circunstâncias, muitos dos nossos doentes já estão na cama quando os visitamos. Descarregamos a nossa imponente bateria de fármacos. Muitas vezes, o melhor efeito destes é servir de anúncio cerimonial de que consideramos o doente doente. São um símbolo da nossa aprovação do bom senso dos familiares ao pôr o doente na cama.

O nosso reconhecimento da importância do repouso, em certas doenças, é uma das nossas grandes melhorias terapêuticas dos últimos vinte anos. Na febre reumática, o avanço mais significativo dos últimos anos foi descobrir que é necessário um período mais longo de decúbito. Antigamente, os doentes sentavam-se cedo demais. Crianças com dores de crescimento, antes

desvalorizadas, passam agora semanas na cama. Não há muito tempo, doentes com artrite reumatoide inicial, ou fibrosite, eram aconselhados a "trabalhar" o mal. Na ulceração péptica, ano após ano, percebemos cada vez mais que o repouso completo é o fator primário do tratamento e que, sem ele, o tratamento medicamentoso não é melhor do que a administração de placebos cegos.

Estamos a aprender rapidamente os benefícios não só do repouso geral, mas também do repouso local. A cirurgia moderna não só exige repouso para tecidos doentes, como insiste, em muitos casos, que o repouso é o fator terapêutico supremo e único. Isto exemplifica-se na nova técnica para tratar feridas infetadas extensas. O membro é imobilizado em gesso. Isto teria sido considerado fantasioso ainda há dez anos. Cirurgiões "científicos" teriam vociferado sobre a sépsis e o perigo de infeção por anaeróbios. No entanto, este novo tratamento de repouso e "não mexer" é o método de eleição dos cirurgiões mais científicos. É amplamente aplicado noutras condições cirúrgicas.

Alguns cirurgiões, fiéis à escola da assepsia rigorosa — homens de incrível pureza em tudo exceto na fala e na ação — revoltam-se com a ideia de pus a acumular-se calmamente sob uma parede de gesso. E isto não surpreende, se considerarmos que a técnica cirúrgica por excelência da última guerra foi o método de gotejamento de Carrel e Dakin. A ferida era deixada aberta; os tecidos contundidos eram expostos a antissépticos em forma de gotas. As gotas caíam noite e dia. O tecido ferido era continuamente bombardeado. Além disso, o sono era perturbado. Os cirurgiões eram muitas vezes entusiastas deste tratamento. Boas enfermeiras consideravam-no letal por diminuir a vitalidade dos doentes ao perturbar o repouso.

Este reconhecimento da importância do repouso, mesmo no alto melodrama da cirurgia — cujos praticantes passaram antes tão grande parte do tempo em operações e manipulações — é verdadeiramente marcante.

Não defendo que, em muitas doenças, o repouso seja o único tratamento de valor. No reumatismo agudo temos salicilatos; no hipertiroidismo, iodo; na ulceração péptica, os diferentes alcalis. Estes fármacos são inúteis sem repouso. O repouso, sem fármacos, continua a ser benéfico.

Considere as condições mais crónicas, como a arteriosclerose e os estados duodenais crónicos. Nenhum fármaco tem efeito na primeira. Se a condição é acompanhada por hipertensão, os fármacos para baixar a tensão arterial são muito falíveis. Em ambos os casos, o doente beneficia do repouso. Ponha o

doente duodenal numa dieta estrita e num regime alcalino, faça-o trabalhar muito, e ele colapsará.

Em condições crónicas, sobretudo reumáticas, usamos fisioterapia. O que são banhos, relaxamento e calor senão técnicas para induzir repouso através do relaxamento muscular?

Estamos a retirar "remédios específicos" da medicina e da cirurgia. Com a nova técnica cirúrgica do repouso, usaremos menos desses antissépticos "cura-tudo" que entram e saem de moda. Na medicina, estamos a questionar a própria existência de específicos. Se os fármacos exigem o concomitante do repouso, serão específicos, em termos de lógica estrita? Estamos a aprender a importância da higiene natural no tratamento.

O repouso é a sua pedra angular. Estamos no fim de uma era que produziu uma multidão de novos auxiliares químicos da terapêutica. Aproximamo-nos de uma época em que as mesmas linhas de tratamento serão usadas em doenças diferentes. Isto é prenunciado pela nossa crescente insistência na importância primária do repouso nas doenças de sobrecarga. O médico ultra-científico considerará isto uma poluição da finesse médica com doutrinas grosseiras e bárbaras.

Os expoentes da medicina grega insistiam na importância do mesmo regime simples em condições diversas. Repouso, ar fresco, relaxamento, exercício graduado e dieta racional eram os principais componentes do tratamento. Acrescentaram um elemento supremo à lista anterior de agentes terapêuticos: insistiram na compreensão da personalidade mórbida em relação com fatores sociais, económicos e espirituais.
Em suma, o estudo da personalidade do doente era o único específico em que confiavam.

Nós esquivamo-nos de empregar aquilo que eles usavam. Desprezamos aquilo que evitamos. Por vezes entregamos o problema ao psiquiatra. Ele é, muitas vezes, a última pessoa indicada para o tratar. Pratica uma nova especialidade, à qual é dada preponderância na sua terapêutica. Dedica-se predominantemente aos sinais psicológicos. Estuda, com paciência interminável, o inexistente. Não existem sinais puramente psicológicos ou puramente físicos. Existem apenas psiques que reagem totalmente através do complexo corpo-mente. Não podem ser tratadas por psiquiatras nem por chamados especialistas médicos. Precisamos do médico inteiro para o doente inteiro. A medicina deve obliterar as suas subdivisões físicas e psicológicas.

Mencionei remédios únicos para afeições diversas. A sulfanilamida é o mais útil dos nossos novos auxiliares químicos. Verificamos agora que tem igual utilidade em diferentes doenças. E faz algo de curioso à personalidade do indivíduo. Este é um facto notável do ponto de vista deste livro. Não é produto das minhas obsessões a propósito da personalidade. Ouvi-o pela primeira vez comentado pelo falecido F. G. Thomson, um expoente hábil, modesto e, creio, inconsciente da doutrina do homem inteiro. Ele disse:
"Parece separar o doente dos seus sintomas."
Induz frequentemente um estado psicológico curioso, manifestado, em graus extremos, por desorientação e confusão.

Referimos doenças em que o repouso é importante nas fases agudas e nas sequelas crónicas. É, muitas vezes, o primeiro essencial na prevenção. Estamos a desenvolver uma conceção de medicina preventiva que se dedicará ao reconhecimento de personalidades propensas a diferentes doenças. Nas clínicas pediátricas reconhecemos tipos pré-reumáticos. O nosso diagnóstico de hipertonia separa os nossos sujeitos pré-duodenais. O desenvolvimento da medicina preventiva nestas linhas insistirá cada vez mais na prescrição universal de repouso mental e físico. Isto aplicar-se-á sobretudo nas doenças constitucionais crónicas. O repouso é o único antagonista sólido da sobrecarga. A sua importância, de facto, prenuncia a origem destas condições na sobrecarga e no repouso insuficiente.

Prescrevemos repouso nas neuroses. Prescrevemos menos repouso físico comum do que outrora. Isto é de lamentar. Mas os psiquiatras argumentam, com razão, que muitas vezes os nossos doentes não conseguem repousar. Aqui temos, frequentemente, de prescrever atividade não como alternativa ao repouso, mas como uma espécie de repouso. Recomendamos, muitas vezes, alguma atividade social simples, em que o doente possa ver um resultado imediato. Ou dizemos-lhe que vá cavar o jardim. Em ambos os casos damos-lhe um objetivo mais próximo. Ele sofre de objetivos adiados. É demasiado ambicioso ou sofre por não ter um propósito definido. Damos-lhe algo que pode cumprir. Porquê? Porque a satisfação é o sono da psique.

Qual é o objetivo mais fundamental da força vital, distinto da sua existência fragmentária em nós? A continuidade. É o objetivo mais simples e indiferenciado do universo. A nossa civilização frustra aquilo que é o nosso maior e mais inegável propósito social. O mundo inteiro está contaminado por um desejo de morte.

E quando reprimimos o instinto sexual, o que acontece? Ansiedade. Esta pode exprimir-se em fobias, mas o seu sinal mais fundamental é um sentimento

de pavor indefinível, sem causa concreta. Pavor de quê? De nada definível. É, penso eu, um pavor do nada. É o grito agónico de uma psique sem objetivo. A psique anseia exprimir-se numa mulher. O que envolve essa expressão? A extinção temporária do eu. O coito envolve, afinal, a fusão de duas psiques através da esfera da sensação mútua. A psique deseja despojar-se de si própria, isto é, repousar.

Temos também impulsos assertivos. A repressão destes conduz igualmente à ansiedade. Também eles são reprimidos. A civilização exige-o. É correto que assim seja. Não queremos ser nazis. Mas, em grande medida, os impulsos assertivos do homem exprimem-se comummente através do sexo.[1] De novo lhe são negados objetivos imediatos. De novo está ansioso, e de novo a sua ansiedade e o seu vazio fabricam para si objetivos artificiais, distantes e exaustivos. Quais são esses objetivos? Cultos da perfeição, sede de realização, aquisição de bens para além das necessidades mundanas e preeminência profissional.

Estes diferem, no mecanismo e no efeito, dos nossos objetivos mais simples. Estes últimos percorrem circuitos restritos. Desejo, ativação, cumprimento e satisfação sucedem-se rapidamente. Nos objetivos adiados, o circuito é mais amplo e o progresso lento. A satisfação, e por conseguinte, o repouso, é infinitamente adiada. Os praticantes de cultos da perfeição nunca estão satisfeitos. Uma realização aguça o apetite pela seguinte. O sucesso implica exposição a uma sobrecarga crescente.
Se os nossos objetivos forem éticos, no sentido atual do termo, raramente a virtude é a sua própria recompensa.

[1] Isto incorpora uma opinião não reconhecida pela psicologia académica. Não posso desenvolver este tema aqui; espero fazê-lo noutro lugar.

Podemos sublimar os nossos instintos sexuais e assertivos. Isto implica utilizar a sua energia noutros canais. O neurótico não consegue sublimar. Esta é uma característica distintiva da neurose. Continua à procura do seu objetivo. Fá-lo no seu pavor indefinível. Fá-lo nos seus tremores e inquietação. O seu corpo procura fisicamente um refúgio. Mas o que não percebemos é que a sublimação alcançada pela maioria é uma fonte de doença. Desvia-nos de objetivos imediatos para objetivos distantes. E os sublimadores determinam frequentemente o padrão da sociedade. Naufragamos no excesso da sua energia.

O padrão da sociedade depende de que instintos somos convidados a sublimar. Reprimimos os impulsos sexuais e criativos. Incentivamos a afirmação

e a aquisição. Esta é a nossa discórdia básica. A repressão do impulso criativo é singularmente lastimável. Não podemos todos ser Shelleys ou Ticianos. Todos temos de trabalhar em algo. Não podemos desfrutar do objetivo imediato de um bom artesanato numa esfera modesta. As nossas indústrias são totalmente impessoais. O artesão faz uma parte do todo. Ajuda a produzir, rapidamente e em massa, produtos inferiores àquilo que ele próprio poderia alcançar. Serve objetivos vagos e, para ele, incompreensíveis da indústria moderna. A ressurreição de pequenas oficinas de tecelagem manual e fábricas familiares é um reconhecimento semi-consciente deste erro.

SENSUALIDADE E PROPÓSITO

Esta secção é necessária porque a sensualidade nos fornece a maioria dos objetivos imediatos que proporcionam mais repouso à psique. A maioria de nós é mais feliz a brincar. Se formos honestos, distinguimos entre trabalhar e divertir-nos. Não implico que o trabalho seja um fardo. Muitos de nós gostam dele. As nossas vocações satisfazem-nos. Mas homens honestos, se razoavelmente equilibrados, admitirão sempre que os prazeres, mais do que os seus labores, lhes proporcionam a alegria mais profunda.

Sentimos intuitivamente que o prazer nos faz bem. Os médicos reconhecem que boas férias são um melhor investimento do que um seguro de vida. Porque são tão benéficas as saídas sensuais? Porque nelas eliminamos, por momentos, os efeitos do propósito. Escapamos à exigência dos nossos objetivos indeterminados e distantes. Os contornos das nossas personalidades tendenciais, esforçadas, esbatem-se. E assim repousamos.

Ganhamos a vida com a mente. Podemos usar a mente de forma mecânica ou como força diretora da matéria. No entanto, a vida vale mais a pena quando nos entregamos aos sentidos.

Coloco frequentemente a seguinte questão a doentes e a outros:
"Se tivesse apenas seis meses de vida e, por magia, o medo e a insegurança associados à morte iminente lhe fossem retirados, como passaria esses meses?"
A grande maioria das respostas inclui ocupações como viagens ao estrangeiro, reviver um tempo passado com um antigo amor, escalar os Alpes, etc. Algumas pessoas continuariam nos seus trabalhos. Afirmam, de forma demasiado veemente, o quanto gostam da esteira rolante da existência.
"Parece-me que a senhora protesta em demasia." São almas sombrias, de ética imaculada, naturalmente evasivas, moralmente corretas e mentalmente

desonestas. O meu questionário convence-me do grau em que somos privados daquilo que desejamos.

Consideremos exemplos de prazer que obliteram o propósito e a perceção da nossa própria personalidade. Para o homem médio, o coito é o seu maior prazer. A sua consumação proporciona-lhe a sua maior paz. Envolve o simbolismo marcante da fusão de duas pessoas em corpo e mente. Assim é o amor. O maior apelo biológico do amor é tornar mais perfeito o prazer humano mais comum. Eleva-o ao plano da alegria. O repouso subsequente é, assim, mais profundo. O desejo exprime a personalidade na vida de vigília. O coito aquieta o desejo. Assim se alcança um objetivo imediato através das sensações sincronizadas de duas pessoas.

Na contemplação da beleza, seja na natureza ou na arte, "perdemo-nos". Não temos propósito. As linhas da nossa psique tornam-se difusas. Tornamo-nos um olho que vê ou, se for música, um ouvido que escuta. Despojamo-nos, por momentos, da nossa psique. Um pouco fantasioso? O repouso, induzido pela música em ambientes belos, era uma característica da terapêutica grega.

A beleza na arte e na natureza tem esta vantagem sobre a beleza nas mulheres: é menos complicada pelo desejo. Um dia a atividade sexual poderá ser-nos menos necessária do que é agora. Poderemos ser capazes de induzir deliberadamente estados de repouso que, presentemente, são mais frequentemente produzidos pelo mecanismo relaxante do coito.

A característica da maior parte da alegria é a sua ausência de propósito tácito. Desfrutamos das férias e dos jogos precisamente por esta razão. Não desejamos mais do que aquilo que temos no momento. Alguns juram encontrar alegria no trabalho. Isto é, muitas vezes, um contentamento inseguro. Vivem arduamente para evitar os horrores da contemplação.

O seu trabalho implica a crença em conceções erradas de propósito. Não conseguem parar. Na reforma, a vida torna-se uma prova de resistência. Envelhecem sem graça. A felicidade ruidosa no trabalho é, muitas vezes, um sintoma de auto-narcose.

Para ser saudável é necessário, periodicamente, despojar-se da personalidade. Fazemo-lo no coito, na contemplação da beleza e no prazer em geral. Fazemo-lo de forma mais evidente no sono. Os melhores dormidores entre nós precisam de tempo para se aquietar. Neste aspeto, comparamo-nos desfavoravelmente com os animais. O cão, segundo os psicólogos, não tem personalidade. Em todo o caso, ela é muito menos definida do que a nossa. Após um frenesi de atividade, um cão adormece literalmente em poucos instantes.

Nós somos mais conscientes da nossa personalidade. Entregamo-la com mais dificuldade. Ao contrário do cão, precisamos de tempo para nos aquietar. A autoafirmação, expressa através do propósito, é a força eletromotriz que impele a nossa personalidade. Ela rouba-nos o repouso. No entanto, o processo de adormecer e de despertar lentamente é, para os que são saudáveis, uma das experiências mais agradáveis que temos. Durante esses momentos estamos parcialmente despojados do nosso sentido de personalidade. Vivemos sobretudo num mundo de sensações físicas agradáveis.

Muitos indivíduos com insónia têm instintos autoafirmativos anormais e conceções fortes do seu propósito na vida ou um impulso intenso para o encontrar. Inconscientemente, resistem às aproximações do sono. O sono é a imagem da morte. Não conseguem admitir a ideia de aniquilação pessoal. Estas pessoas relaxam com dificuldade. Não se consegue levá-las além da fase superficial até à fase profunda em que se sentem desincorporadas.

Poder-se-á argumentar: "Somos indivíduos. Será viável que, mesmo no interesse da saúde, nos despojemos da perceção da nossa própria individualidade?"

A resposta é, em primeiro lugar, que, pelos exemplos dados, a nossa maior felicidade e saúde encontram-se em circunstâncias em que conseguimos esse feito de desnudamento espiritual. Em segundo lugar, podemos efetivamente induzir prazer pela eliminação consciente do nosso sentido agudo de nós próprios como indivíduos. Conseguimo-lo alterando as nossas sensações musculares.

O relaxamento é uma modificação da nossa sensorialidade geral. Na fase superficial sentimos um peso agradável nos membros. Na fase profunda alcançamos uma leveza intensamente prazerosa, acompanhada por uma sensação de desincorporação, de estar fora de si próprio. É um prelúdio semi-místico para a comunhão com o infinito. A vida parece mais homogénea. É um fluxo contínuo e uniforme. As nossas individualidades já não se erguem como rochedos nas suas águas de maré.

O relaxamento profundo é um prazer induzido conscientemente e, ao mesmo tempo, um agente terapêutico. Diminui a perceção de estímulos nocivos. Eu próprio anestesiei conscientemente o meu braço esquerdo, de modo a apenas apreciar muito tenuemente beliscões violentíssimos. Na manhã seguinte o braço estava ligeiramente marcado, mas não pisado. Beliscões menos fortes no braço direito foram excessivamente dolorosos e deram origem a uma equimose profunda.

Outra característica do relaxamento profundo é intensificar a realidade das imagens agradáveis. As imagens são muito menos intensas do que as sensações. Este é um axioma psicológico. Pensar em lilases é menos satisfatório do que vê-los e cheirá-los. No relaxamento, esta ponte entre imagem e sensação fica muito diminuída. Pensar em flores e em objetos agradáveis semelhantes evoca algo mais intenso do que simples imagens. À luz do prazer como terapêutica, é importante poder evocar deliberadamente tais experiências.

Inversamente, sensações agradáveis induzem relaxamento, embora não nas profundezas dramáticas que alcançamos por meios conscientes. Intuímos isto quando colocamos flores num quarto de doente. Apreciamo-lo conscientemente quando "nos recostamos e desfrutamos das coisas". Os nossos jogos têm o mesmo efeito, embora mais tardio. Ao admirar uma paisagem ou um quadro, podemos relaxar de imediato, sem qualquer fase inicial de atividade. Nos jogos, usamos primeiro os músculos de forma ativa. Ao cessar o exercício, retiramos deles uma sensação de lassidão agradável. Há aqui analogias com a própria técnica do relaxamento. O principiante estica primeiro os membros antes de os relaxar. O perito consegue relaxar de imediato.

Não insisto em demasia nesta questão do relaxamento. Ele é a base de todo o repouso. Funciona no sono. Não relaxamos quando adormecemos; adormecemos porque estamos relaxados. Demasiadas vezes, durante o sono, o nosso relaxamento é incompleto. Não acordaríamos tantas vezes com dores nas costas se os músculos da região lombar, o indicador constante do homem exausto, não mantivessem durante o sono a sua tensão anormal. Além disso, uma forma de tratamento em que podemos induzir conscientemente o repouso é de valor inestimável numa civilização que em grande parte esqueceu como descansar.

Nas nossas doenças de sobrecarga, como a arteriosclerose, a úlcera duodenal e o hipertiroidismo, o doente parece, a uma observação superficial, ter exercido demasiado a vontade. Estas operações da vontade são frequentemente falsas e evasivas. Demasiadas vezes indicam esforço excessivo e crença excessiva no propósito, para compensar uma insegurança interior. Operações espúrias da vontade ajudam a induzir sintomas de doença. Nem tais sintomas podem ser removidos pelo esforço consciente no nosso estado habitual de tonicidade. Não podemos remover pela vontade os sintomas da doença física. Até certo ponto, conseguimos fazê-lo com sintomas presentes em estados neuróticos. Mas demasiadas vezes alcançamo-lo à custa da produção de perturbações físicas.

Encontramos maiores tendências para a morbilidade em cultos e religiões que minimizam o prazer. Há uma grande incidência de doença entre seitas como os Plymouth Brethren. Este grupo, em particular, é um masoquismo organizado. Pouco desfrutam para além do sofrimento. Colocam-se resolutamente contra o cinema, a dança e a roupa alegre. São eunucos psicológicos. Diferem das estranhas seitas eslavas que praticam a castração.

Estas apenas se prejudicam a si próprias. A remoção voluntária dos seus próprios genitais poupa ao mundo mais sofrimento. Os Plymouth Brethren, para quem o controlo da natalidade é anátema, inundam o mundo com descendência neurótica ou com crianças portadoras de doenças de sobrecarga. Os Plymouth Brothers, de velha estirpe, enfrentam a vida com fria certeza e desfrutam dos múltiplos efeitos das suas próprias repressões. Este gozo da própria frustração é francamente obsceno. A sua descendência, em revolta contra a repressão parental, aumenta o número de neuróticos.

Tal ódio ao prazer surge frequentemente de um sentimento de culpa. O doente encontrou prazer em experiências sexuais infantis. Cai sob a proibição moral parental ou, mais provavelmente, toda a atmosfera moral restritiva do lar leva-o a considerar o prazer em geral como furtivamente pecaminoso. Como vimos, este sentimento de culpa tem efeitos patológicos.

Citarei, como exemplo, um tipo particular de melancolia. Como em qualquer variedade, encontramos depressão, ideias de indignidade, sentimento de pecado e ideias de condenação eterna. Encontramos também agitação intensa e incontrolável e insónia. Esta variedade, a que chamarei melancolia obsessiva, apresenta estas características de forma extrema. A agitação é fulminante e contínua. A insónia é literalmente incontrolável. Estes doentes são os que mais necessitam de sedativos. Não respondem a eles. Ao contrário da melancolia da psicose maníaco-depressiva, não há história prévia de rutura psicótica.

O mais importante é que existe sempre uma história anterior de neurose obsessiva profunda, que se estende desde a adolescência por três ou quatro décadas. O doente é excessivamente consciencioso e escrupuloso. Recebeu uma educação moral excessiva. É raro que os pais não tenham sido aderentes ativos de alguma religião. Trata-se quase sempre de Low Church ou Não-Conformismo. Estes fatores familiares e ambientais podem encontrar-se em muitos casos de melancolia. O fator distintivo aqui é a longa pré-história de neurose obsessiva com um sentimento de pecado ineradicável. Os pecados do sexo e os efeitos perniciosos da masturbação desempenharam um grande papel na educação destes doentes. A história familiar é geralmente boa no que respeita à psicose.

Estes casos são praticamente cem por cento fatais. A morte ocorre por broncopneumonia ou por alguma forma de degenerescência cardiovascular, ou por uma das suas complicações. Mas estes doentes morrem por mortificação da carne.

Argumenta-se frequentemente que as neuroses raramente evoluem para psicose. Aqui temos uma desintegração total da psique, tanto nos seus aspetos mentais como físicos, devida a uma neurose caracterizada por um sentimento de pecado e antagonismo ao prazer. Esta doença pode ser uma reação mental relativamente nova. Tendências obsessivas estão presentes nas melancolias e na sua pré-história, mas a presença constante de uma neurose obsessiva desta descrição não é comum. Veremos noutro ponto que a natureza dos sintomas psicóticos é determinada pelas tendências da época.

É possível que tais fatores operem aqui. Estes doentes, formados num período de observância religiosa e moralidade estabelecida, assistiram ao declínio de ambas. Mantiveram a sua própria religião da conscienciosidade e do escrúpulo face à crescente dependência da sociedade em relação ao prazer. (Não quero com isto dizer que tenhamos aprendido a usar o prazer como relaxamento. As alegrias dos anos vinte assemelhavam-se mais a trabalho.)

Para além desta variedade, há uma elevada incidência de melancolia entre doentes criados na atmosfera do não-conformismo do Oeste de Inglaterra. Até ter exercido ali, não percebia que as pessoas pudessem morrer desse sentimento de culpa que inibe a realização do prazer e destrói o repouso da psique.

Existe uma menor incidência de neurose entre os católicos romanos. Discutirei isto mais adiante. Há, contudo, certos aspetos do catolicismo romano de interesse aqui. A Igreja Romana não interfere excessivamente na vida privada dos seus membros. Certamente condena os pecados sexuais. Igualmente certo é que os tolera. Os pecados são classificados em mortais e veniais. Os primeiros são heresias, agrupadas em torno do pecado cardinal do pensamento. Os segundos incluem os chamados pecados sexuais. Roma permite assim às suas crianças as necessárias saídas sensuais. É mais sábia do que o nazismo, que possui os seus satélites de forma demasiado total. Roma durará mais do que o nazismo.

Outro fator preserva o catolicismo romano e o anglo-catolicismo de adquirirem em demasia o estigma da neurose. Estas religiões oferecem uma saída emocional para a sensualidade dos seus seguidores. O ritual é rico e colorido. Satisfaz. Mesmo as freiras, afastadas da humanidade, são acolhidas na

sua vocação com linguagem de simbolismo sexual. São as noivas de Cristo. Tais religiões têm vantagens terapêuticas sobre as celebrações áridas e lúgubres do protestantismo.

Gasta-se muita tinta a diferenciar prazer e alegria. Serão essencialmente a mesma coisa os prazeres do jogo do botão e da poesia? Do ponto de vista prático, a alegria é um grau de prazer. Ambos derivam da sensação. A derivação do prazer a partir da sensação é óbvia, por exemplo, no desfrutar de comida e vinho. Tais derivações são menos facilmente reconhecidas na alegria proveniente da beleza, mas esta também depende de sensações, de infinita complexidade e variedade, como quando, ao admirar uma flor, apreciamos o seu aroma, cor, textura e atitude.

Talvez a principal distinção entre alegria e prazer seja que a primeira não é precedida pelo desejo, ao passo que o prazer o é.

A atividade sexual é uma ponte entre a alegria e o prazer. É precedida pelo desejo. Este dissipa-se parcialmente na atividade prazerosa que antecede o coito. O prazer transforma-se em alegria quando o desejo se exprime num crescendo que é, simultaneamente, o auge e a rendição da sensação. Nesses momentos palpitantes, a sensação é sentida com máxima acuidade e, no entanto, não é pessoal. Alcançamos a nossa maior alegria ao perdermo-nos. Seria difícil encontrar melhor exemplo de alegria que envolva a abnegação da personalidade. (O sexo funciona como uma espécie de mecanismo de ponte não só entre alegria e prazer, mas também — como se viu noutro ponto — entre a atividade nervosa autonómica e a atividade nervosa central. Factos deste tipo simbolizam a influência unificadora do sexo sobre toda a psique.)

Começamos a perceber alguns dos erros primordiais da nossa civilização. Os desejos que conduzem ao prazer e, assim, ao repouso das nossas psiques esforçadas são demasiado restringidos. Pode argumentar-se que, ainda assim, são contemplados. Há, porém, pouca evidência disso na educação que recebemos nos anos formativos. A educação dá pouca ênfase aos prazeres da arte e confina-se em demasia à apreciação intelectual dos objetivos do artista. Torna-se uma ocupação para o especialista e, para a maioria, um desperdício e um aborrecimento.

A educação artística dada aos jovens ensina que a arte oferece a possibilidade de uma vida melhor. Assim é, mas não no sentido que os professores se esforçam por transmitir. Estes, lançando um véu de flanela vermelha sobre a vida imoral do artista, procuram provar que as suas obras conduzem a um viver melhor, no significado usado no sistema social vigente.

Isto é hipocrisia e disparate. A ética, bem como as principais práticas sociais e políticas da nossa civilização, assentam na afirmação e na aquisição, os gritos de guerra da nossa personalidade sob sobrecarga. A arte incentiva a difusão voluntária da nossa personalidade. Os professores de arte, não.

Muita da chamada devoção às artes nasce do amor-próprio e do impulso de autoexibição. Demasiados se alistam como seguidores zelosos da arte. O seu desfrute contemplativo é, em regra, uma ocupação sedativa. As suas propriedades estimulantes não são geradoras de sobrecarga. Os prazeres do viciado em arte são uma espécie de excitação fria. Mais prazer — e, portanto, mais benefício — é retirado da arte por aqueles que a procuram mais tarde na vida. Fá-lo-ão como consolo sensorial, depois de labores pesados. Não a exibem febrilmente como distinção social.

No mundo social, a arte tem hoje menos significado do que outrora, exceto como matéria-prima social. Temos, entre as camadas superiores, senhoras de alto nascimento cujos objetivos de vida foram ainda mais comprometidos pela menopausa. Colecionam artistas como consolação para as infidelidades dos seus pequinês. Escritores de ficção de cocktail ainda aparecem no *Tatler*, fotografados com mulheres cansadas, que os provam como uma nova experiência. Outrora, a aristocracia era mecenas das artes.

A arte reflete os instintos da época. Não me refiro apenas às associações psicanalíticas óbvias de movimentos como o Surrealismo. De modos menos óbvios, o vírus da intelectualização perfura, com malevolência enfadonha, a superestrutura da Arte. Muita música moderna é apelativa às faculdades que usamos em jogos como o xadrez. Para quem ouve para se acalmar e entreter, essa música é quase um aborto.

Podemos dizer que atendemos ao prazer nas nossas adições ao desporto. Nos anos impressionáveis, o rapaz médio faz as suas primeiras aproximações tentativas à sensorialidade através dos jogos. Demasiadas vezes, o prazer é retirado deles pelo sistema educativo. Os jogos tornam-se demasiado competitivos. São uma mascarada de trabalho. Estão rodeados de uma aura de moralidade espúria. O rapaz que pratica desporto é, por alguma razão oculta, considerado moralmente superior ao rapaz que não pratica. Esta atitude deriva provavelmente da visão errada de que jogos extenuantes são um antídoto contra o "velho Adão". Além disso, temos demasiados jogos coletivos, tendo em conta que, na vida laboral, somos escravos e vítimas de leis gregárias.

É duro que, nos nossos momentos de relaxamento, restrinjamos ou aceleremos as nossas atividades para satisfazer as exigências do rebanho. Nem

sequer conseguimos descansar nos jogos, ou não nos é permitido explorar plenamente a sua sensorialidade. Se um rapaz afirmar que a sua alegria ao bater pela equipa é desfrutar da sensação de um *off-drive* perfeitamente executado, está no bom caminho para o ostracismo social. É significativo que hoje a maioria dos rapazes, quando sai da escola, deixe de jogar críquete e futebol. Preferem *squash* e ténis, em grau que não se explica apenas por maior facilidade de acesso. Muitos dos antigos alunos veem a dificuldade dos clubes em formar uma equipa de críquete como prova de declínio moral.

Vários dos meus doentes melancólicos praticaram desporto. É duvidoso que o tenham apreciado. A maioria jogou jogos coletivos. Havia uma preferência particular pelo críquete. Lamento se isto parece fantasioso. Baseia-se na observação. O críquete está deprimente e estreitamente associado à ordem moral: "*It isn't cricket.*" O ritual elaborado e, em grande medida, inútil do jogo é um pouco obsessivo. Ria-se, se quiser, desta acusação ao nobre jogo. Os homens, afinal, escolhem os passatempos para os quais o seu temperamento os talha. E foi alguém igualmente versado em psiquiatria e em críquete quem primeiro me chamou a atenção para a ligação entre ambos.

A sensorialidade faz parte de uma vida equilibrada. Poucos a ignoram por completo. Pode ser reduzida em vidas individuais sem efeitos mais dramáticos do que a deterioração arterial prematura. Mas o indivíduo que assim ordena a sua vida conivente com o suicídio da raça. Transmite uma vitalidade empobrecida. Talha os primeiros passos nas longas decadências rumo à neuropatia.

As raças anglo-saxónica e germânica mostram uma relativa inclinação contra a sensorialidade. Nelas, o princípio do poder é mais forte do que o princípio do prazer. Isto vê-se no seu auge nos alemães. Em comparação com outros europeus, atribuem pouco valor às simples comodidades da existência. Trabalho, poder e sadismo são os seus substitutos. Até que a abundância de França fosse explorada, as conquistas de Hitler não aumentaram em nada os padrões de vida e de prazer do alemão médio. Nenhum outro povo suporta sacrifícios tão incríveis por tão pouca alegria.

Há pessoas nas democracias com uma admiração envergonhada pelas doutrinas irracionais da Alemanha. Argumentam que "resultam". Isto aplica-se apenas à Alemanha enquanto Estado. O indivíduo ganha pouco, exceto a satisfação transitória de sentir que é uma unidade na demonstração de poder. Mas esta admiração relutante por parte de alguns deve-se sobretudo ao facto de nós próprios estarmos tingidos de adulação do poder à custa das saídas sensoriais. Tomamos os nossos prazeres com tristeza. Outrora fomos a Merry

England, uma ilha inconsequente, rica em génio, com poucas posses para além das nossas costas. Cromwell fez o nosso Império ao mesmo tempo que nos fez puritanos. Deu-nos um sentimento de culpa e o impulso tremendo que ele gera. No século seguinte a Cromwell começámos a possuir o mundo. Pagámos isto com um stock empobrecido, com uma morbilidade abundante por doenças de sobrecarga, com uma curva crescente e ominosa de doença psicológica e exibindo no nosso pensamento os fenómenos neuróticos de complacência, procrastinação e falta de realismo.

Apresentei algumas razões médicas para apoiar a intuição prevalecente de que estamos doentes porque temos demasiado pouco repouso, prazer e relaxamento. Isto opõe-se à ética do nosso sistema social. Será visto como um apelo ao "comer lótus". Não é tal coisa. É uma ressurreição de princípios gregos. Este povo, que fez do lazer um culto, era pelo menos tão eficiente e certamente mais produtivo do que nós. Mesmo comer o lótus, se puder dar-se a isso, é mais conducente à saúde do que a ambição doentia e a peste do poder. Veremos mais adiante que o repouso e o relaxamento, induzidos cientificamente, aumentam efetivamente a eficiência.

Alguns argumentarão que já estamos apodrecidos de prazer, mas os procuradores de prazer de hoje desejam percorrer todo o espectro da experiência sensorial com intenções demasiado ubíquas e febris. Perseguem um ideal quantitativo. Assemelha-se ao dos laboriosos humanos-abelhas que tanto desprezam. É a impregnação da sensorialidade com aquisição e afirmação. Prazeres febris não são, pela lógica e pela realidade, prazeres. Tal como a ambição, representam as tentativas frenéticas dos homens para se esconderem da sua insegurança.

Neste breve estudo do princípio sensorial, vemos os primórdios de novos valores estéticos e sociais. O significado e a natureza da beleza têm confundido os filósofos durante séculos. Podemos considerar a beleza como sobretudo útil para induzir repouso. Isto avalia o seu valor em termos de biologia prática. Não fica pior por isso. Temos de pensar biologicamente para tornar praticáveis os valores éticos e sociais.

No relaxamento, os centros superiores do sistema nervoso central controlam, através da operação da vontade, o sistema nervoso autonómico. Pessoas com sistemas autonómicos estáveis relaxam particularmente bem. É menos uma questão de controlo consciente do sistema central do que de uma interação naturalmente harmoniosa entre as funções central e autonómica. Muitos exemplos de suprema força de vontade são errados. Pessoas que habitualmente dormem apenas quatro horas por noite, que comprimem

realizações tremendas numa única vida, fazem-no porque trabalham num estado relaxado. Os seus sistemas autonómicos são estáveis. São calmas por dentro e por fora. Os seus sistemas autonómico e central estão belamente sincronizados. Não são exemplos de vontade, mas lições de harmonia.

Um dia deixaremos de dividir as atividades humanas em esferas médicas, morais, éticas e psicológicas. Não falaremos de doença e pecado e miséria, nem de saúde e bondade e alegria. Falaremos de harmonia e desarmonia. Visaremos o funcionamento equilibrado do corpo e da mente no indivíduo e a harmonização da psique total com o mundo exterior, com a própria vida. A primeira não gera a segunda; depende largamente dela. Por isso, temos de corrigir a própria vida e dobrá-la ao nosso propósito. Temos de proporcionar um sistema social que incentive estas duas condições indivisíveis de harmonia. Somos todos vulneráveis e frágeis. Só vivemos bem quando nos deixam.

Um dia veremos a condição vaga de bondade sob outra luz. Poucos são totalmente negros ou brancos. A maioria é cinzenta. Mas, por vezes, encontra-se quem possua uma bondade que é uma espécie de emanação uniforme. É uma reação total da psique de quem a possui. Não é ditada pelo medo. Não é evocada por instigação da autoafirmação. Não compensa um sentimento de pecado. As suas origens não estão na masturbação. A virtude espúria é tecida a partir dessas mesmas frustrações. Os compulsivamente bons reconhecem-se facilmente. Os seus canais sensoriais estão barrados pelos detritos dos sistemas morais. As suas reações são as de homens acorrentados. Batem nas grades. A bondade é sempre calma.

A falsa bondade nasce da neurose. E não será a própria neurose uma espécie de pecado? O indivíduo está ensimesmado. Não consegue perder-se num objetivo adequado. Está dominado por si próprio e torturado por si próprio.

Mas que canais lhe oferecemos para o ajudar a dissipar o seu sentido de eu? Ambição, amor ao poder, aquisição de riqueza para além do necessário, eminência profissional ou, se pensarmos socialmente, deveres públicos na manutenção da estrutura de uma época em ruína. Tentamos curá-lo com veneno. Tratamos o eu com as expressões do eu. Devíamos antes pregar a doutrina dos pequenos objetivos. A ambição é um pecado.

O céu dos religiosos é um derradeiro testemunho da ganância e da autoafirmação do homem. As nossas conceções de propósito são os gritos feios de uma sensualidade deformada. Poderemos um dia alcançar uma emanação harmoniosa de bondade eliminando a neurose das nossas psiques. (A conscienciosidade do neurótico é induzida pelo medo. A bondade que ela evoca

é sempre inquieta.) A marca do homem virtuoso é a ausência de sadismo, agressão e aquisição, e estes pecados têm origem numa sensorialidade mutilada. Talvez venhamos a descobrir que a serenidade da bondade é alcançável através de maior satisfação de apetites simples e inofensivos. Poderemos assim alcançar a virtude por planeamento biológico.

A bondade não é menos boa por surgir em nós. É essencialmente mais sagrada do que quando imposta do exterior. Uma divindade viva dentro de nós é melhor do que um deus presidindo, judicial e sem sentido. Se a bondade, para nós, implicar um sistema nervoso equilibrado, uma harmonia do corpo e da mente com o universo, em vez de uma lista de máximas apregoadas, perdemos algo com isso? Todas as coisas na terra precisam de um mecanismo para viver. Podemos, pelo menos, conceber algo que nos permita viver bem.

CAPÍTULO DOZE
FATORES ESPIRITUAIS NA DOENÇA

As doenças alteram os seus sinais e sintomas ao longo dos anos. Isto acontece com as psiconeuroses. Há séculos víamos mais histeria. Hoje os estados obsessivos são mais comuns. Encontramos mais sintomas de dúvida obsessiva. Isto traduz uma incapacidade anormal de tomar decisões. Paralisa as operações da vontade. Um curso de ação sugere o seu oposto. O doente é completamente incapaz de agir em qualquer das direções. Outros sintomas obsessivos envolvem o adiamento de decisões. O doente tem de obter, antes de agir, sanções míticas e supersticiosas. Não realizar ações até termos contado até um certo número é um sintoma desta natureza.

A explicação psicanalítica destes estados obsessivos é muito plausível e, em grande parte, verdadeira. Estes sintomas assemelham-se à tendência, nos selvagens, aterrorizados por visões e sons inexplicados na floresta escura, de aplacar o mau-olhado com rituais primitivos. Mas porque é que as tendências obsessivas atuais tão frequentemente assumem a forma de dúvidas obsessivas e paralisias da ação? Há, afinal, outros canais de expressão disponíveis — atos compulsivos, tiques, etc.

Os objetivos e propósitos humanos estão crivados de dúvida e ceticismo. Será possível que as crenças da sociedade influenciem a natureza dos sintomas neuróticos que manifestamos?

Tomemos outro exemplo. Há um tipo de reação psicótica que se tem tornado cada vez mais frequente nesta última década. A esquizofrenia implica

uma doença crónica, que progride de forma regular para a demência ou segue um curso interrompido por remissões. Atualmente vemos um grande aumento de reações esquizoides, isto é, em que os sintomas são esquizofrénicos, mas que têm um curso curto e não são complicadas por recorrência. O aumento destes casos pode talvez ser explicado pelo argumento gasto, próprio desta era de clínicos indiferentes, de que existiam antigamente mas nunca eram diagnosticados. Mesmo que aceitemos isto, há uma subvariedade particular de caso esquizoide, caracterizada pelo conteúdo específico dos pensamentos do doente, que está a aumentar de forma constante.

Ocorre em pessoas de ambos os sexos, dos dezassete anos até meados dos vinte. As tendências esquizoides para o pensamento dissociado exprimem-se no que melhor se descreve como uma espécie de metafísica embotada. Não exprimem apenas a difusão de objetivo que ocorre nos esquizofrénicos. Tateiam nas malhas da psicologia, da matemática, da filosofia. Exigem manuseamento cuidadoso. As suas afirmações têm sempre um substrato de validade. São pessoas bem educadas. Estão muitas vezes em idade universitária. Raramente há evidência de herança grosseira de traços mentais. Os pais geralmente não conseguem explicar a ocorrência da doença.

Nestes casos, as preocupações metafísicas do doente ajudam a determinar, pelo menos, os seus sintomas. Creio que a inquietação e o ceticismo atuais quanto ao destino e propósito do homem individual e da humanidade como um todo são, por si mesmos, fatores que iniciam a doença ou determinam a sua natureza. É um facto de enorme significado que este tipo particular de caso, tal como o descrevi, esteja a aumentar durante as duas últimas décadas de dúvida e risco.

DÚVIDA E DOENÇA

A dúvida filosófica e religiosa é um fator potente na produção de doença. Há muito menos neurose em pessoas com uma religião dogmática firme, como o catolicismo romano, do que em credos vagos como o anglicanismo. A fé romana é silenciosamente invulnerável. Os seus expoentes mais fanáticos são os seus prosélitos. Os fanáticos estão geralmente tingidos de neurose. Muitos destes convertidos vão para Roma depois de neuroses expressas sobretudo em dúvidas obsessivas. Levam consigo as insígnias da neurose. O seu fanatismo não é difícil de compreender. Os viciados lutam muito para manter uma droga que promete continuar a funcionar. Muitas vezes já tentaram outras antes. Há um ar de

finalidade no romanismo: se isso falhar, não há nada. A auto-persuasão do prosélito tem, por isso, de ser intensa.

Estudo sempre com particular cuidado o fundo religioso e filosófico dos doentes psicológicos. Na melancolia — a mais terrível de todas as doenças — é estarrecedora a preponderância de casos provenientes de lares não-conformistas ou de Low Church *(Anglicanismo pouco ortodoxo e mais Protestante do que Católico).* Abordei brevemente estes fenómenos em relação com a sensorialidade e o prazer. Há outros factos de interesse. O não-conformismo e o Low Churchismo representam uma infiltração da religião pelo pensamento racional. Estão a meio caminho entre a fé e o ceticismo. O batista aceita. O cético completo também. O fatalismo não é má prescrição para a ansiedade.

Na sua vida de trabalho, estes melancólicos geram durante anos um fervor artificial por uma religião que não os ajuda. Ela própria está demasiado impregnada de racionalização para aquietar as suas dúvidas. São tipos hiperconscienciosos. Usam o trabalho como narcótico. Vão-se aguentando. O seu impulso declina na menopausa. O trabalho torna-se menos útil como droga. Não consegue aquietar a mente rebelde. Estes doentes desenvolvem ideias da sua própria vileza, de estarem perpetuamente condenados. Cometeram o pecado contra o Espírito Santo. Caracteristicamente, não conseguem defini-lo. Por detrás de todos estes delírios está o medo, demasiado terrível para ser expresso. Duvidam. Duvidam da utilidade da vida, do seu destino, da sua esperança de imortalidade. Culpam-se por duvidar. A sua morte, por exaustão, é a última agonia de um ceticismo não admitido.

O declínio gradual do poder da religião, acelerado desde meados do século passado, levou o homem a abandonar as suas antigas ideias sobre o propósito da vida. Estas ideias simples não eram crenças no sentido estrito da palavra. Eram um tosco chavão verbal comprimido sob o título de fé. Deixavam o homem livre para perseguir e satisfazer-se com os objetivos simples de comer e beber, coito e reprodução, semear e colher. As pessoas faziam as poucas e sem esforço reverências exigidas pela fé e continuavam com objetivos imediatos, de fácil satisfação e, portanto, repousantes. Isto aplicava-se ao campesinato. As camadas "superiores" da sociedade tinham poucos ocupantes. Estavam relativamente pouco tingidas de ceticismo. Tinham mais saídas criativas.

O cancro da neuropatia ganhou potência na era da racionalização, iniciada em França no fim do século XVIII. Não apareceu neste país até o século XIX estar bem estabelecido — um exemplo da tediosa travessia do Canal por que muitas ideias passam a caminho da Grã-Bretanha. O ceticismo e o agnosticismo não são

doenças. São marcos do progresso. Mas as casas a meio caminho entre crença e ceticismo são potencialmente mórbidas, em indivíduos ou em nações. Implicam conflito. Frustram definições claras de propósito. O último século tem sido uma tal casa a meio caminho. As duas últimas décadas foram, em particular, um período de transição.

As crenças de épocas passadas derivavam emocionalmente ou eram aceites por conveniência. No melhor dos casos eram intuições. (As intuições são notoriamente falíveis. Teoricamente encontradas sobretudo nos inteligentes, são, no entanto, reclamadas com mais veemência pelos muito estúpidos.) A era do racionalismo teve três efeitos principais. Minou o autoritarismo da religião e tornou os homens agnósticos. A própria religião foi infiltrada pelo racionalismo. Houve uma inclinação para a esquerda. A religião tornou-se mais liberal. O protestantismo aumentou. Em terceiro lugar, a humanidade iniciou uma definição mais intelectual da verdade.

A TIRANIA DA VERDADE

A busca da verdade é a mais subtil de todas as escravidões. Pela própria definição, é algo universalmente aceitável e irrefutável. Na sua procura, empregamos o intelecto. Este é mero motivador da nossa matéria. A verdade é apenas o nosso ângulo individual.

A elucidação da verdade torna-se, ano após ano, mais falível. A sua racionalidade está cada vez mais permeada pela técnica das ciências naturais. Estas, por sua vez, tornam-se cada vez mais ligadas à austeridade superior da matemática. E esta depende do maior de todos os feitos da teoria abstrata: que dois e dois são quatro. E aprendemos diariamente que a explicação mecanicista das ciências naturais é inadequada para dar conta dos fenómenos naturais.

Em segundo lugar, as operações do intelecto são inseparáveis das da emoção. As personalidades incorporam um complexo indivisível de pensamento e emoção. Aquilo que a personalidade procura será uma verdade acomodada à sua própria natureza particular. Assim, não há uma verdade nossa, mas miríades. A referência patética a verdades últimas implica apenas verdades infinitamente adiadas.

A natureza falível da verdade aplica-se na religião como noutros campos. O racionalismo contemporâneo exige que a fé seja justificada por verdades intelectualmente demonstráveis. A organização temporal da religião é essencialmente uma busca racionalista. Depende de artigos de fé aceitáveis ao

intelecto. Até a Igreja de Roma por vezes se propõe "explicar as coisas". As suas explicações são incrivelmente ingénuas. Serão melhores mais tarde. Ao contrário dos anglicanos, não estiveram tempo suficiente no campo do compromisso.

O homem aprendeu a depender cada vez menos da fé religiosa. Substituiu-a por conjetura filosófica e pela procura científica da verdade. Também isto não conseguiu satisfazer. Os filósofos não conseguem produzir os dogmas confortáveis da religião. São evasivos. São muito lentos.

A religião e a filosofia lidam com o destino do homem enquanto todo. Quando a autoridade de ambas foi minada, o homem preocupou-se sobretudo com os problemas do seu próprio destino individual. E, porque perdeu os alicerces da religião ao longo de um século febril, era inevitável que a sua busca de um propósito fosse igualmente febril. A Bastilha caiu em 1753. Com a sua queda, a autoridade secular foi, em grande medida, enfraquecida. Cinquenta curtos anos após a Revolução, a revolução industrial estava em marcha. Com o seu início, a morbilidade aumentou.

Ora, é pura estreiteza de vistas afirmar que este aumento da morbilidade se deveu apenas às condições insalubres e, em geral, adversas que a industrialização trouxe à vida de muitos. A questão é mais profunda do que isso. Dissemos anteriormente que o homem perdeu a fé nos dogmas da religião. No conjunto, fê-lo a contragosto. A maioria dos homens é assombrada pela insegurança. Não abdica facilmente do conforto. Apenas alguns se opunham de forma firme à religião. A vasta maioria exprimiu a sua crença crescente através do mecanismo do compromisso. Adotou aquelas fés que ainda ofereciam o conforto da imortalidade e a crença de que a vida era divinamente e moralmente ordenada, e que ofereciam também o conforto adicional de resistir às imposições brutais das fés mais antigas. Houve uma deriva para o protestantismo. Há grande significado médico na descrição deste tipo de religião: implica um estado de conflito.

Mas apenas alguns eram declaradamente agnósticos. (Ainda hoje, o número de pessoas que admitem abertamente o agnosticismo é muito reduzido. Quantas revistas agnósticas possuímos para contrabalançar a horda de periódicos religiosos?) Os agnósticos não assumidos trataram o aumento do seu medo e insegurança procurando ferozmente um propósito individual. Para muitos desses tipos, a revolução industrial surgiu a tempo. Surgiu a tempo porque foram eles que a fizeram.

Como as ideias sobre o destino do homem se tornaram cada vez mais vagas, as pessoas tenderam, cada vez mais, a fabricar para si próprias uma multiplicidade de objetivos e propósitos. O propósito é o resultado final da personalidade expressa. É uma espécie de sublimação total de uma psique sensorialmente frustrada. Muito frequentemente, os homens escondem-se da sua própria insegurança através de autoengrandecimento para além das necessidades razoáveis. Afinal, o viver quantitativo, e não o qualitativo, é a preferência popular.

A produção e os ganhos são infinitamente mais rápidos em condições industriais. Também se pode gratificar um sentimento de poder, tratamento comum para as dores da insegurança. Os capitães da indústria têm grande ímpeto e exigem de si próprios um padrão incrível de eficiência. São uma classe dirigente e, no entanto, escravos do seu desejo de poder e perfeição. Isto faz-lhes mal. Alguns são neuróticos, com traços obsessivos. Os seus métodos de trabalho exprimem essas tendências. Adquirem úlceras pépticas e hipertensão arterial. A classe patronal anda ocupada a matar-se por ganho, pela sensação de poder ou pelas satisfações nebulosas de quem adora a eficiência. O ritmo das suas vidas produz, em três gerações, um produto empobrecido que murcha rapidamente após um período de futilidade febril em Oxford. Estes casam com os filhos de aristocratas esgotados para satisfazer o sentido de poder dos seus pais. Isto aumenta o nosso descoberto de neuropatia.

Mas a tragédia da situação é que a base é tensionada para viver em excesso no interesse do aumento da produção e para consolidar ainda mais a reputação do empregador de eficiência tremenda. A taxa de morbilidade aumenta entre os empregados porque não têm o mesmo incentivo pessoal que ativa os seus empregadores. Este é um fator enorme na doença. Um homem pode literalmente perder-se na intensa preocupação com um trabalho de que gosta de forma desmedida. Torna-se um mero instrumento do seu próprio interesse. Não é um caso de mente sobre matéria. Age em uníssono. Nenhuma parte da sua psique se rebela.

O trabalhador não consegue assim perder-se. Está em revolta. Não pode protestar. Como veremos, a taxa de doença nos trabalhadores tem uma composição diferente da dos empregadores. As suas doenças são mais "físicas". Os empregadores são notoriamente intolerantes às "nervosidades". Ressentimo-nos do reflexo dos nossos defeitos nos outros. A reação do empregador ao seu trabalhador doente é a intolerância do neurótico obsessivo ferozmente produtivo perante o servo nevrasténico que capitula. Se as posições

se invertessem, patrão e trabalhador trocariam de neuroses. Cada um manifesta aquilo que melhor serve os seus interesses.

A vida toma o seu ritmo e a sua técnica da indústria e do comércio. O advogado usa um estenógrafo em vez da sua pena solene, etc. Quantos médicos, mesmo há vinte anos, tinham secretárias para tratar das chamadas e da correspondência? O acelerar do ritmo não é a pior anomalia. O aumento da produção e da aquisição torna a vida mais competitiva — e cegamente competitiva. Já não triunfamos por mais energia na aquisição, nem por a nossa mente se tornar mais perita na técnica concreta do ofício. A vida está demasiado congestionada para isso. Somos reduzidos à prática de truques dispendiosos e subterfúgios mentais. Temos de fazer publicidade. O lucro claro só começa quando vendemos em excesso dos nossos rivais.

O mesmo acontece nas profissões. Médicos compram carros pretensiosos para além dos seus meios. O advogado em dificuldades manda o filho para uma escola de elite, não como educação, mas como investimento e publicidade. Fico repetidamente alarmado com o número de profissionais que vivem de descobertos bancários não atribuíveis a despesa com prazer. É parte integrante do esquema aquisitivo e assertivo. As nossas hipóteses de aquisição diminuem. O mundo está sobrepovoado de pessoas enamoradas do modo assertivo. Somos assim reduzidos a uma vida de mascarada. Mantemos a aparência de sucesso adotando os seus adereços. A nossa insegurança exige-o. O nosso caminho para o sucesso tem primeiro de ser pavimentado com a aparência de fortuna.

Mais abaixo na sociedade, as pessoas ainda se esforçam dolorosamente, com grandes sacrifícios, para apresentar a aparência de maior prosperidade e sucesso. Grandes números de pessoas humildes são privadas dos seus prazeres ao sobrecarregarem-se com casas pretensiosas compradas a prestações.

Aqui reside uma das piores características do padrão de vida alterado do último século. Em todas as épocas os homens procuraram avançar sobre os seus semelhantes para gratificar os seus impulsos assertivos. Agora temos classes inteiras empenhadas neste processo de mortificação. Esta tendência deu-nos um novo padrão de valores, falacioso e perigoso. Os nossos "grandes homens" são capitães da indústria, barões da imprensa e políticos. Os políticos sempre atraíram atenção. É útil observar quem se supõe defender os nossos interesses. Compreendo que as atuações do Sr. Chamberlain sejam observadas mais de perto do que as do Dr. Banting. As atividades perigosas são sempre mais cativantes do que os empreendimentos produtivos. Mas é inexplicável para o racionalista que os obituários deste notável vereador sejam mais volumosos e elogiosos do que os do descobridor da insulina.

Os políticos merecem atenção. Já se disse que não são os médicos, mas os políticos, que curam as doenças. Isto implica que a correção de fatores sociais adversos é, mais do que tudo, responsável por reduzir a doença. Até aqui, bem. Mas que doenças tentam os políticos sobretudo erradicar? As chamadas doenças industriais: silicose, antracose, nistagmo dos mineiros, etc. A sua continuidade é um inconveniente para os empregadores e para os guardiões da consciência social numa era inquisitiva. Em que mais se interessam os políticos? Numa melhoria geral das condições de trabalho. A doença interfere com a produção. O ideal é um estado de coisas em que a produção máxima coincida com a doença mínima. À superfície, tudo parece bem. "O mínimo de doença" soa melhor do que "a produção máxima". Mas esses objetivos mantêm ainda a massa da humanidade atrelada a um sistema aquisitivo anormal — anormal não do ponto de vista da ética ou da consciência socialista, mas porque alimenta as raízes da doença.

Os políticos, no meio do seu altruísmo forçado, podem banir de nós as doenças ocupacionais e aquelas maleitas como a ulceração péptica que, dia após dia, atribuímos cada vez mais ao stresse e ao trabalho sob horários implacáveis. É duvidoso que a saúde geral da comunidade beneficie de forma apreciável. A sobrecarga de um sistema social anormal encontrará os seus canais de expressão. A doença tornar-se-á cada vez mais neurótica e funcional. Não será decente que o trabalhador contraia silicose nas nossas minas higiénicas do futuro. Nas fábricas, períodos planeados de relaxamento poderão banir a úlcera duodenal. Penso que, para além das neuroses, teremos mais reações esquizofrénicas, com apatia emocional anormal e tendências adinâmicas. Seria um protesto lógico ao dinamismo pulsante de um sistema em que o homem é um escravo higiénico. É fácil troçar destas teorias. É mais sábio esperar e ver.

Os nossos políticos são filhos do sistema industrial atual. Em grande medida, são seus apoiantes. Muitos entram no Parlamento para promover a expansão dos seus interesses empresariais. Por outro lado, os socialistas sinceros estudaram as falhas do nosso sistema industrial. Serão eles a pressionar mais energicamente por reformas: melhor higiene, melhores serviços médicos para os trabalhadores, etc. A tragédia é que os políticos "socialistas" científicos, em todos os partidos, estão igualmente iludidos. Tentarão sarar as piores falhas do sistema industrial, não percebendo que, em si mesmo, ele é um rebento mórbido de um cancro na ordem social — um cancro atribuível a padrões de valores errados.

Há tão poucos focos de resistência à anormalidade atual. Por razões que considerámos antes, o trabalho agrícola é propício à saúde. E, no entanto, houve

um êxodo da terra a tal ponto que os que ficam, empregados em trabalho agrícola mal pago, apresentam uma percentagem ominosa de défices mentais. A economia da agricultura tem estado em estado lastimável. Uma ocupação que incorpora um modo de vida racional chegou a tal nível de decadência que foram necessários subsídios governamentais. A prática da sanidade não é incentivada.

Poderíamos esperar mais liderança e mais avisos vindos dos lugares de saber. Oxford produziu o movimento de John Keble. Isso era inevitável. Coincidiu com o desenvolvimento da industrialização. É natural que a Igreja tente recuperar o seu prestígio. No último século não houve um apelo coerente a um viver mais sensato. Por vezes, professores universitários lamentaram o nosso ritmo de vida. Muitas vezes, é porque eles próprios não o conseguem suportar. Preferiram a segurança académica aos excessos antinaturais da vida profissional e empresarial. Os seus protestos são estimulados pela autodefesa. Isto não favorece a razão.

Também os clérigos invejaram contra o bulício e o materialismo da vida moderna. Eles próprios não o conseguem suportar. A velocidade excede a sua capacidade de acompanhar. O materialismo mina o fundamento da fé que a sua incerteza exige. Do repouso dos seus reitorados rurais, condenam com razão o falso progressismo da época em que vivemos. Convidam-nos a regressar a uma conceção reacionária de religião que já ultrapassámos. É uma triste reflexão sobre os nossos tempos que os protestos mais vocais contra as suas tendências anormais venham de pessoas incapazes de manter o passo ou de enfrentar as conclusões de uma era neurótica. Os cegos não podem guiar cegos.

Devo sublinhar que não defendo um regresso a modos de vida mais simples por estar obcecado com os méritos da simplicidade em si. Não desejo o padrão de existência camponês que é a obsessão da senilidade de Pétain. Deve ter-se cuidado com pessoas que querem regressar à simplicidade. Podem apontar na direção certa por motivos errados. As classes dirigentes, recrutadas entre anormais inseguros e infelizes como Hitler, estão sempre preocupadas com a simplicidade. Defendem as suas virtudes porque isso lhes convém. Temos de procurar, ou redescobrir, uma simplicidade ulterior que beneficie a todos.

TRANSIÇÃO: A TERAPÊUTICA DO NAZISMO

Vimos que, social e medicamente, existimos num período de transição. O racionalismo cresceu e a fé murchou. Não é de estranhar que a nossa época tenha visto tentativas febris de remediar a falta de propósito. Por ser uma época de transição, assistimos à ascensão e queda de movimentos que ainda utilizam a

fé e a religião, mas exigem benefícios imediatos. Testemunhámos o surgimento de muitos cultos — alguns semi-religiosos, alguns pseudo-filosóficos, alguns semi-ocultos. São todos meias-medidas. Os seus expoentes mantêm os pés neste mundo e a cabeça no outro, ou nas nuvens geradas pelos seus pensamentos fumegantes. Estas meias-medidas são ferozmente variadas. Quando não temos certeza, tornamo-nos mais vocais.

Tivemos teosofia, Ciência Cristã e a piedade desenfreada de Miss Aimee Macpherson. Tivemos o Oxford Group e o Ioga. Vimos também inúmeros vendedores itinerantes de novas exaltações e credos, oferecidos no sistema dos medicamentos patenteados: engula isto e depois não sentirá nada. Falam nas estâncias termais e nos locais onde os reformados e os socialmente pretensiosos escolhem viver. Encontram-se onde quer que os velhos, crédulos e medrosos arrastem os seus dias com meios privados e pânico privado.

Uma característica significativa destes credos tem sido a sua preocupação médica. A Ciência Cristã é o exemplo mais claro. Os praticantes de ioga afirmam melhorar incapacidades físicas induzindo certos estados espirituais e mentais. (Não vejo por que razão não o hão de fazer.) Os confessionários do buchmanismo são análogos às purgas em massa da psicanálise. Os praticantes dos cultos mais recentes diferem dos apoiantes das religiões estabelecidas porque querem mais "rentabilizar" o que pagam. Tal como Nossa Senhora de Lourdes, estes cultos atraem os doentes. Segundo um psicólogo célebre, as reuniões da Ciência Cristã são um espetáculo de massa de obstipação crónica. Pelo menos, os cientistas cristãos chegaram à verdade de que fatores espirituais podem curar a dor.

Mas os expoentes destes cultos cometem o velho erro cardinal da religião: voltam ao velho jogo de procurar verdades últimas e universais. Ignoram o facto de que o homem, enquanto indivíduo, tem problemas individuais. O Oxford Group recruta-se largamente entre destroços e resíduos das classes médias-altas, demasiado apáticos e demasiado perturbados para dirigirem a própria vida. Dependem, por isso, de orientação constante de Deus, que invariavelmente lhes concede aquilo que mais desejam. Seria difícil imaginar reação mais neurótica. Deus é a sublimação dos nossos medos. Só podemos ser saudáveis sendo autossuficientes.

Alguns de nós dançam sobre o cadáver da razão na busca de propósito. Outros fazem do trabalho um deus. Outros negam que exista qualquer propósito na vida. Esta é uma conclusão razoável. Infelizmente, muitos não conseguem suportar a dor das próprias conclusões. Não alcançaram uma autossuficiência saudável.

A erosão dos templos da crença e do propósito conduz a fenómenos como o culto do prazer extenuante, que existiu aqui nos anos vinte e foi presidido pelos traços irritáveis, deprimidos e sobre-tensos do Sr. Coward. Moralistas graves encontraram deleite em contar o número de jovens encharcados de neurose pela vida que levavam. Os anos vinte não foram uma causa, mas um sintoma de neurose.

O homem crucificou-se a si próprio ao tentar forjar, cada um para si, uma conceção de propósito. Feriu-se gravemente ao afastar-se dos dogmas infalíveis do grupo, próprios de um eclesiasticismo adormecido. E, no entanto, a humanidade exige que o faça. Temos tendência a evoluir, e em direção a coisas melhores. Temos de encontrar algum método de evolução menos danoso do que o tipo de individualismo que praticámos até agora.

O nazismo e o fascismo são tentativas reacionárias de resolver a morbilidade na civilização ocidental. Procuram encontrar um substituto para a vida do homem individual, pedindo-lhe a rendição ao Estado. O seu ideal é o homem com um corpo de primeira classe e uma mente com poucas ideias. Isto, por si só, confere uma força de massa tremenda e temporária aos povos que adotam tais temas. Mas esta técnica é, também, essencialmente mórbida. É mórbida porque, embora o huno se deleite no seu regresso ao que considera uma barbárie saudável, ele também viola as leis naturais tanto quanto nós. Ele também está a fabricar uma conceção artificial de personalidade que tenta o impossível ao separar corpo e mente. Em certa medida, chega mesmo a abarcar a extinção da mente. A mente, moldada apenas como arma adicional de ataque, deixa de ser mente. Por agora, obtém sucessos enormes. Pode produzir uma raça classificável como A1, segundo os padrões artificiais que usamos para a aptidão física. Mas torna-se psicologicamente mais vulnerável.

Nos países ocupados há uma incidência crescente de baixas psicológicas entre as guarnições alemãs. Os seus capangas treinados conseguem lidar com eficácia — e com sangue — com revoltas definidas instigadas pelos povos subjugados. Não suportam o ressentimento e a hostilidade silenciosa da massa de gente comum sob o seu tacão. Não é difícil ver porquê. O conjunto limitado de ideias com que o Führer os impregna não lhes oferece mecanismo para lidar com o desprezo. Mas há mais: ao terem eliminado das suas mentes os rudimentos da autossuficiência, são incapazes de se ajustar a um ambiente em que estão isolados e odiados.

Se os alemães ganhassem esta guerra, se se mantivessem no nazismo ou em algum credo totalitário semelhante, ainda assim decairiam como raça e declinariam da posição de domínio — e com grande rapidez. Não conseguiriam

consolidar um império que durasse meio século. Homens mecânicos são uma proposta útil no tipo de guerra de massas que a Alemanha favorece. Têm pouco valor nas circunstâncias mutáveis do mundo que sucederiam a uma guerra desta natureza. Seria necessário produzir, em menos de uma década, milhões de homens capazes de se ajustarem à psicologia dos diversos povos da Europa e de outros lugares. Não poderia ser feito em uma década. Falharam em fazê-lo em dois mil anos. Os hábitos de reação no sistema nervoso alemão são limitados. As suas vias de descarga estão restringidas a alguns canais de ofensiva e atividade técnica. Falharam em civilizar-se. Estão mal ajustados à civilização. Tal como em nós, ela gera neles neuropatia. A sua neuropatia assume uma forma selvagem.

SAÚDE E RELIGIÃO

Uma possibilidade alternativa é a de a religião organizada voltar a reclamar a lealdade das massas. Vemos já sinais disso. Clérigos eminentes atribuem, com lógica obtusa, o nosso impasse atual ao declínio das práticas religiosas. Afirmam que a guerra valerá a pena porque, da sua tristeza, nascerá o desejo de um regresso em massa à religião. Em suma, a Igreja lucrará com a crise.

Certa matéria-prima já lhes está disponível. A religião organizada constrói as suas bases mais seguras sobre os medos dos crédulos. O seu ritual está aliado à superstição. O uso, em tempo de guerra, de amuletos e de crucifixos tem a mesma explicação psicológica. No outro dia vi um espetáculo em que dez coristas faziam o possível para entreter com genuflexões peculiares, meio religiosas e meio voluptuosas, dos seus corpos meio nus. Seis das dez usavam crucifixos. É agradável pensar que essas seis fossem anglo-católicas fervorosas e católicas romanas, encontrando em Deus consolo para o mais árduo de todos os labores: o desejo de entreter. Receio que seja improvável. Os crucifixos estão a ser amplamente usados como amuletos contra bombardeamentos. Até agora, não são necessários cupões para a sua compra.

Um regresso em massa aos princípios da religião organizada teria o efeito mais obviamente deletério sobre a saúde da comunidade. Quando as pessoas são encorajadas a contemplar os benefícios hipotéticos do mundo vindouro à custa dos alcançáveis aqui, ficam dispostas a suportar um nível de vida mais baixo e piores condições de trabalho. Para verificar esta afirmação, qualquer observador imparcial só tem de comparar os serviços de saúde, o padrão geral de saúde e a incidência de doença em países dominados por padres, como a Espanha, com os padrões mantidos em comunidades racionalistas como a Escandinávia. Nessas comunidades controladas pela Igreja, a doença física por

má nutrição e por infeção é muito frequente. As doenças psicológicas existem nessas comunidades como noutras, mas a sua incidência fica confinada sobretudo ao desastre biológico grosseiro das doenças mentais. A neurose ocorre menos por essa razão.

A Igreja ensina que cada indivíduo, independentemente do seu temperamento ou nível de inteligência, é um candidato adequado à salvação. Ideias deste tipo, enxertadas numa comunidade, são incompatíveis com o ensino da medicina e da psicologia racional, que indica que até a ética de um homem pode depender do temperamento, da hereditariedade ou do ambiente. Os sistemas eclesiásticos não admitem, nem sequer permitem, dúvida quanto ao destino do homem. Por isso, não oferecem estímulos que favoreçam a produção de tendências obsessivas e outras tendências neuróticas. Mais uma vez, é uma questão de o homem adquirir as doenças que lhe é permitido sofrer.

Se regressarmos ao autoritarismo da Igreja, colheremos uma safra maior de doenças físicas. Se descermos até, ou nos submetermos ao autoritarismo do nazismo ou do fascismo, então, após um breve período de alívio, acrescentaremos ainda mais à incidência de neuroses e psicoses. Provavelmente haveria esse período de alívio porque, por algum tempo, o homem excessivamente intelectualizado encontra paz e prazer na falta de responsabilidade promovida por um sistema que exige obediência implícita a algumas ideias simples. Depois desse período de remissão, a inelasticidade da mente perante circunstâncias variáveis predisporia a rutura. Outros fatores, como o represamento de saídas criativas, também atuariam.

Os sistemas de grupo falharam em manter o homem feliz. Cada um tem as suas doenças acompanhantes. No último século, o homem lançou-se por conta própria, mas sem orientação e ainda obcecado por medos. A civilização do futuro terá de vencer esses medos e encorajar o homem a viver a sua própria vida. Terá também de lhe dar orientação para estudar os seus talentos e falhas e agir em conformidade. Quanto ao seu destino, terá em grande medida de abandonar as especulações sem propósito da metafísica, tal como hoje é concebida, e os dogmas gastos, mas ameaçadores, da religião.

A civilização do futuro cumprirá a doutrina do escravo:

"A vida é aquilo que se faz dela."

Parece que viajámos longe e arduamente para alcançar uma conclusão tão simples. Mas as melhores máximas são sempre simples, embora não por isso mais fáceis de atingir. Os medos dos homens envolvem-nos em complexidade. O bom senso é difícil de adquirir. Requer coragem tanto quanto sabedoria.

A verdade contida no adágio do escravo é que devemos encarar o viver como uma arte. Os mecanismos que temos de adotar para incutir esta atitude incluem o ensino de diferentes valores sociais. Antes de o discutirmos, devemos investigar um pouco mais estas reações anómalas da humanidade que produziram resultados tão patológicos no homem moderno.

Deus reclamou-nos na era da fé. Ao estudarmos o prazer e a sensorialidade, vimos que, para viver bem, é necessário por vezes perder o sentido de eu. Muitos nunca se perderam de forma saudável na religião. É difícil perdermo-nos num credo que insiste numa imortalidade pessoal sem fim. Tenho a certeza de que nos tornaríamos excessivamente voltados para nós próprios se vivêssemos para sempre. A crença na imortalidade é uma suposição injustificável. A nossa personalidade "tem" de perdurar porque a nossa autoafirmação anormal se recusa a contemplar qualquer alternativa.

A crença na imortalidade anda geralmente de mãos dadas com a abnegação e com a relativa eliminação do prazer na Terra. Resulta em mortificação interior por frustração. Comunidades com fés animistas simples e sem uma crença positiva na imortalidade estão menos sujeitas à neurose. Vemo-lo nas religiões simples de certas tribos africanas e, num plano mais elevado, na civilização da Grécia clássica. Tirando reações histéricas mais simples, a neurose recebeu pouca atenção na literatura médica do período. Porquê? Demasiadas vezes damos a resposta gasta de que "não foi reconhecida". É uma suposição ridícula pensar que, se existisse em massa, poderia ter escapado à atenção dos clínicos agudos da medicina grega. É inconcebível que, nas suas descrições magistrais de doença, tivessem omitido uma categoria mórbida com incidência apreciável, sobretudo atendendo à sua crença na personalidade e à importância de fatores psicológicos.

Além disso, quando o sentimento religioso do homem é utilizado de forma não fanática e racional, a neurose e a psicose são muito menos comuns do que entre nós. Em Inglaterra, os que acreditam, seja no que for, são católicos romanos, anglicanos ou dissidentes. Podemos respeitar a sinceridade dos expoentes de credos diferentes do nosso. Podemos aceitar alguns dos seus princípios. Mas, no essencial, permanecemos praticantes do credo que adotámos ou em que nascemos.

O chinês culto, por outro lado, considera que o seu país produziu dois grandes líderes, Confúcio e Lao-Tsé. Aceita também que os ensinamentos de Buda têm grande influência na China. Estuda, aprecia e aceita, até certo ponto, os ensinamentos dos três. Uma atitude destas é impensável na civilização ocidental. A neurose e a psicose na China têm uma incidência muito menor do

que aqui. Não é apenas porque as religiões e filosofias orientais são mais fatalistas do que as nossas. Certamente o são e, ao sê-lo, estão mais ajustadas às necessidades dos homens. Mas o fator mais importante é um hábito mental suficientemente pouco fanático e agnóstico para peneirar os méritos de três religiões diferentes e compor um composto próprio.

Uma característica interessante de certas religiões orientais é a doutrina da transmigração das almas. A unidade de consciência que possuímos vai, após a morte, infundir vida em alguma entidade que pode ser humana, animal ou vegetal. Estas religiões exprimem a continuidade da vida. O cristianismo também. Mas o budismo ocupa-se da vida em geral, da transmissão da força vital. O cristianismo ocupa-se da continuidade interminável das nossas unidades individuais de vida. O budismo está, por isso, enraizado no facto. A vida, afinal, continua. A fé de Buda é um anúncio poético desse facto. O cristianismo é uma esperança poética construída sobre conjetura e sobre a má tradução do ensinamento de Cristo.

O cristianismo, produto do Príncipe da Paz, é uma torre de Babel, em que os expoentes de cada sub-seita bombardeiam os outros com clichês teológicos. Tem a sua implantação mais firme num continente perpetuamente marcado por guerras. É um acompanhamento de um sistema social com uma incidência pródiga e crescente de neurose. A serenidade budista é proverbial. A atitude budista é um modelo de relaxamento. E, a diferença mais importante de todas: o cristianismo sublinha a importância da individualidade humana. O budismo prega a difusão da personalidade após a morte e sublinha que, na vida, somos parte da personalidade de outros, humanos e animais, que nos precederam. Estas filosofias fatalistas, acompanhadas de serenidade e relativamente pouco acompanhadas de neurose, têm a mesma tendência para a difusão da personalidade que observámos na atividade sensorial.

SAÚDE E FILOSOFIA

A filosofia é mais importante do que a religião na investigação de problemas universais. Tem menos influência sobre a psique do homem comum, que, regra geral, só é afetado pela filosofia na medida em que esta se incorpora num sistema religioso. A filosofia racional e não fanática deixa o homem largamente suspenso no ar. Se for constituído de modo a suportar esse estado de suspense, tudo corre bem. As reações psicopatológicas dependem, para serem evocadas, da revolta. Se a filosofia conseguir transmitir a uma grande massa de homens que é vão procurar permanência numa condição

essencialmente transitória, então alcança um objetivo valioso. Mas os homens, no conjunto, são incapazes de encarar a conceção de um futuro nu. Tais filosofias são, em geral, aceitáveis apenas para os naturalmente filosóficos — e tais naturezas são comparativamente raras.

Quando uma filosofia insiste em objetivos — e estes têm necessariamente de ser objetivos de grupo, pois as filosofias assim concebidas pretendem apelar às massas — torna-se uma fonte pródiga de neurose. Vemo-lo na filosofia do germanismo, que estabelece que, inato no sangue alemão, existe uma missão divina e que esta divindade tem de exprimir-se na elevação das qualidades do homem primitivo. O crescimento dessa filosofia, desde o impulso considerável que recebeu por meados do século passado, foi acompanhado na Alemanha pelo desenvolvimento em massa de anormalidade psicológica.

A homossexualidade, o suicídio adolescente, toda a gama de complexos sintomáticos atribuíveis a sentimentos de inferioridade, têm sido abundantes na Alemanha há décadas. O nazismo é o resultado religioso de séculos de filosofia alemã. Sob o seu falso Messias, alcançou o fanatismo e o dogma da religião. Em paralelo, houve uma eclosão de sadismo, de aquisitividade anormal e de autoafirmação patológica numa escala nunca antes vista na civilização ocidental. Concomitantemente, houve uma restrição nacional de ideias que se aproxima da estereotipia encontrada na esquizofrenia. Uma nação inteira ficou afetada por uma apatia espantosa em todas as esferas emocionais, exceto na do ódio cego.

Os pogroms, a ferocidade episódica dos hunos, assemelham-se ao estado de excitação catatónica na demência precoce. A sua queda, nos intervalos entre estes frenesis, em estados de torpor emocional governados por algumas ideias, assemelha-se ao regresso do doente catatónico a um estado de estupor. Forçado? De modo nenhum. É muito compreensível numa nação conduzida por um paranoico histérico e por um morfinómano com doença hipofisária, que removeu, por assassinato, o seu rival homossexual, o capitão Rochm.

Ao definir defeitos no nosso mundo atual, indica-se, até certo ponto, a sua cura. Mas planos — mesmo planos médicos — para uma nova ordem do mundo exigiriam um volume separado. O desprezo pela crítica destrutiva é bastante vazio. Ela tem, afinal, de preceder a síntese construtiva. No meu último capítulo tratarei dos contornos mais gerais desta última.

CAPÍTULO TREZE
NEUROSE E A HERANÇA DE TRAÇOS DE CARÁTER

Não devemos deixar-nos enganar pelo otimismo enganador e balofo das autoridades de saúde pública. Elas preocupam-se principalmente com doenças infeciosas. Estas estão, reconhecidamente, a diminuir. Nós preocupamo-nos com o aumento não só das doenças constitucionais crónicas, mas também com o enorme crescimento da neurose. Isto está a tornar-se um grave problema nacional. Não me refiro apenas ao número de casos. Estamos tão impregnados de neurose que ela afeta a nossa perspetiva nacional e a nossa capacidade de ação decisiva. Ameaça a preservação de nós próprios e da nossa civilização. Evitamos factos. Protelamos. Esperamos pelo melhor. Falhamos em preparar-nos para o pior. A nossa política nacional nos últimos quinze anos é um longo registo desses erros lamentáveis.

Doentes neuróticos exibem frequentemente um sintoma chamado dúvida obsessiva. São anormalmente incapazes de tomar uma decisão. Reconhecemos isto como um simples facto médico. Falhamos em ver que, em grande medida, estamos envolvidos nesta crise atual porque a nossa política nacional tem estado amplamente tingida de neurose. Não deve ser esquecido que a neurose é, em grande parte, uma doença das classes mais favorecidas. Governos conservadores, recrutados quase inteiramente nesses estratos sociais, foram os principais responsáveis pela nossa política externa nos últimos quinze anos. É igualmente irrefutável que a base, menos tingida pelo veneno da neurose, mostrou mais coragem e realismo do que os seus líderes. A paralisia de liderança nas democracias ocidentais deve-se, em considerável medida, a uma inoculação generalizada de neuropatia.

Esta é a explicação mais comum do declínio da maioria das civilizações. Quando os impérios se desmoronam, o foco de menor resistência está geralmente nas camadas superiores da sociedade. O crescimento do ceticismo e conceções erradas de cultura induzem uma perspetiva psicopática nessas classes, onde a cultura é mais acessível e onde oportunidades educativas e liberdade para reflexão inclinam para a dúvida. Mais adiante neste livro veremos como novos padrões sociais e culturais podem salvar civilizações da neurose que sucede ao seu estabelecimento. A vida é, afinal, uma espécie de pesadelo se tivermos de encarar o facto de que a existência é apenas uma longa sequência de impulsos ascendentes, breves consolidações, neurose, esgotamento da fibra moral e deterioração final em sangue, miséria e decadência.

Felizmente, neste país, o génio nacional para se erguer perante uma emergência resultou na expulsão da política de um pueril amante de pássaros e dos seus satélites ansiosos.

A neurose generalizada é a mais mortífera de todas as doenças do ponto de vista comunitário, pela sua natureza insidiosamente contagiosa. Estamos todos cientes do caráter contagioso do pânico das multidões. Todos conhecemos a intensa sugestionabilidade das massas. Os alemães utilizaram isto brilhantemente através de propaganda e de atividades de quinta coluna. O que não sabemos é que, fora do drama da guerra, a neurose pode, crónica e insidiosamente, induzir uma perspetiva nacional e social debilitada. A democracia orgulha-se do seu cuidado e consideração pelos elementos mais fracos. Quando estes crescem em proporções consideráveis, enfrentamos um grave problema. Como membros de uma democracia civilizada fundada na ética cristã, temos de ajustar a nossa perspetiva para acomodar as deficiências desses irmãos mais fracos. Adotar esta atitude perante os neuróticos pode levar aos resultados mais graves.

Provavelmente a maioria de nós tem sementes de neurose dentro de si. Uma consideração excessiva pelo neurótico estabelecido incentiva o desenvolvimento das nossas próprias tendências neuróticas.

Nesta guerra, por exemplo, as autoridades responsáveis pela organização dos Serviços Médicos de Emergência cometeram um erro particularmente horrível. Organizaram a Psiquiatria de Emergência não com sabedoria, mas com excesso de zelo. Incentivaram os médicos a olhar, através de óculos demasiado exclusivamente psicológicos, para os que sofriam efeitos de choque sustentados em bombardeamentos aéreos. É natural tremer se uma bomba o atirar vinte metros. Não é necessário ser rotulado de histeria ansiosa. A questão não é meramente académica. Com tratamento racional — repouso e sedativos — o bombardeado pode estar de volta ao trabalho em quarenta e oito horas. Rotulado de histeria ansiosa e alimentado com a droga da investigação psicológica intensiva, pode ficar semanas no hospital. Foi diagnosticado como histeria ansiosa. Produzirá obedientemente os seus sintomas. Na realidade, sofre de dependência de psiquiatria, a mais mortífera variedade de todas as doenças induzidas por drogas.

E a história não termina aqui. Os médicos podem, inadvertidamente, sugerir doenças aos doentes. Uma grande parte da doença deve-se ao hipnotismo inconsciente de doentes sugestionáveis por médicos demasiado lúgubres. O pecado imperdoável na medicina é fabricar doenças por sobrediagnóstico. Se a profissão médica aceitar inerte que uma grande

proporção da comunidade é neurótica, isso só pode ajudar a condição a espalhar-se.

Antigamente o neurótico era desprezado. Tinha medos. O medo era atributo de cobardes e não devia ser mostrado. Agora temos cuidado em distinguir entre medo neurótico e cobardia. A distinção não é tão absoluta como muitos — médicos e leigos — imaginam. Em todo o caso, a neurose passou a estar justificada. É uma doença permissível. Vimos no Capítulo VI que os homens, em grande medida, adquirem as doenças que lhes é permitido sofrer.

Ora, as neuroses diferem de outras doenças porque os seus sintomas se exprimem em modos de conduta. Esse comportamento seria, em geral, considerado repreensível sem o álibi e a justificação da neurose. O medo é desprezado quando não se diagnosticou neurose. Com a ajuda deste rótulo abençoado, torna-se um "abre-te sésamo" para a simpatia e, por vezes, um trunfo social. Nenhuma comunidade pode dar-se ao luxo de olhar com demasiada simpatia e tolerância para o medo, a indecisão, a apatia ou a paralisia da vontade, venha isso da neurose ou não.

Tal perspetiva incentiva a falta de esforço e a falta de exercício positivo da vontade, não só no sujeito neurótico, mas em todos, salvo a minoria de naturezas determinadas que pensarão com realismo e remarão o seu próprio barco em quaisquer circunstâncias. Se o mundo fosse sempre pacífico e próspero, se todas as raças e nações atingissem o mesmo grau de civilização ao mesmo tempo, isso não importaria. Quando o mundo contém nazis, a civilização, por si só, é insuficiente para a existência. Tem de ser combinada com virilidade.

Há alguma perspetiva de reduzir a incidência da neurose? O psicanalista acredita que um tratamento mais intensivo resolverá o problema. Por tal tratamento, entende, em geral, três sessões por semana durante dezoito meses, a três guinéus cada. Promete-se ao doente um renascimento psicológico como resultado. Poucos podem suportar a despesa dessa gestação de duração dupla. Uma gravidez normal sai mais barata. Só uma pequena fração da comunidade poderia alguma vez pagar tal tratamento. Claramente, uma análise prolongada é um luxo para poucos. Nem é possível conceber que as autoridades públicas consigam fornecer tal tratamento às classes mais pobres.

Nem os resultados da psicanálise são suficientemente bons para justificar o dispêndio de dinheiro e tempo. O nosso conhecimento crescente da psicologia permitiu-nos dar aos doentes melhores explicações da origem dos seus sintomas. Assim, podemos prestar-lhes o serviço inestimável de aumentar o seu autoconhecimento. Isto permite-lhes lidar melhor com os seus problemas. Mas,

nas suas reações fundamentais, permanecem essencialmente neuróticos. Explicações racionais, acrescentadas a prescrições antigas de repouso, exercício e ocupação, darão melhores resultados na maioria dos casos do que a psicanálise. Em certos tipos de neurose, sobretudo na variedade obsessiva, estou convencido de que, após tranquilização e a explicação mais simples da origem dos sintomas, a atenção à saúde física é o traço primordial do tratamento. A precisão excessiva, a preocupação com a ordem, demonstradas pelo obsessivo, são melhor aproveitadas quando canalizadas para um horário que inclua quotas adequadas de exercício, repouso e relaxamento.

Estarei eu a afirmar que, uma vez neurótico, neurótico para sempre? Receio que sim, pelo menos na vasta maioria dos casos. Não digo que estes infelizes estejam condenados a agonia para toda a vida. De modo nenhum. O neurótico pode achar a vida insuportável. Um mês na Suíça pode mudar-lhe por completo a perspetiva. Não digo que o neurótico vá sempre colapsar numa crise. O oposto, muitas vezes, é o caso. Muitos portam-se bem. Mas, por muito bem que se comporte em qualquer desvio penoso da sua rotina habitual, fá-lo sempre à custa de esgotar o seu capital nervoso. Isso pode resultar em neurose subsequente. Se, porém, se tornou "bem ajustado", para usar a fraseologia da psicoterapia, fica propenso a doença funcional ou orgânica. A tendência neuropática acabará por emergir.

Muitos psiquiatras não concordarão com esta opinião. Somos as Cinderelas da terapêutica. Somos os últimos a chegar ao campo. Os nossos antepassados médicos imediatos dirigiam casas onde o tempo e a paciência eram os principais fatores de tratamento. O médico prescrevia pequenas doses do seu tempo. A vítima tratava-se com doses gargantuescas de paciência. As pessoas ainda nos veem como os niilistas da terapêutica. Isso é injusto.

Empregamos formas de tratamento mais violentas, sádicas e letais do que as usadas em qualquer outra especialidade. Mas, certamente, temos um complexo de inferioridade. Tendemos a ver bons resultados onde eles não existem. Os psiquiatras são propensos a fabricar curas. O médico de família, que vê neuróticos antes e depois de receberem cursos de psicoterapia, é um melhor guia para a persistência obstinada dos modos de conduta neuróticos.

Não admitimos a natureza pouco alterável da maioria das neuroses. Isso faz-nos sentir impotentes. Nem é lógico ou humano transmitir tal perspetiva a doentes que exigem — e, portanto, precisam — da nossa tranquilização. As teorias freudiana e adleriana têm imenso valor científico e filosófico. A culpa é nossa por as termos usado tão mal. Teríamos feito muito melhor se nos tivéssemos aplicado a utilizar as suas conclusões para conceber uma ordem

social menos propensa a impor sobrecarga excessiva, não só aos vulneráveis, mas a toda a humanidade no mundo civilizado.

O ensino psicanalítico negou em grande parte a influência da hereditariedade na predisposição para a neurose. Sublinhou sobretudo a importância de fatores ambientais, especialmente os que operam na primeira infância. Mas massas de nós estão expostas a fatores considerados adversos à luz dos ensinamentos freudianos. A vasta maioria de nós, aqui em Inglaterra, foi reprimida na infância, sobretudo no que toca aos interesses sexuais. Mas nem todos desenvolvemos neuroses. O fator hereditário continua a ser de primeira importância. Depois de uma febre intemperada de esperança, até os psicanalistas começam a admitir este facto. Dentro de vinte anos, a psicanálise tal como hoje é praticada estará tão morta como Moisés. A geração seguinte ficará com a sua neurose e com o seu dinheiro.

Ao estudar os efeitos adversos do ambiente, o psicanalista limitou-se demasiado ao estudo de fatores familiares. Somos neuróticos porque amámos as nossas mães ou tivemos ciúmes dos irmãos mais velhos. Todos passamos por estas fases, dignificadas pela moda atual com uma nomenclatura fina e fantasiosa. Afinal, o complexo de Édipo é praticamente universal. E se persistimos, na vida adulta, ao nível edipiano, com uma bela erupção de imperfeições associadas, a nossa anormalidade não deve ser atribuída à reação edipiana. É um fracasso na nossa evolução criativa. Alguns ficam ao nível edipiano. Outros não. O fator predisponente tem o seu papel.

Mas, acima de tudo, causa-me espanto que os psiquiatras se tenham restringido à esfera familiar na investigação dos fatores ambientais. É uma perspetiva paroquial. Tem demasiado pouca atenção à posição social e económica do indivíduo. E, sobretudo, negligencia por completo as crenças e tradições sociais que caracterizam a civilização em que o indivíduo nasce. Isto, creio, é o fator fundamental na génese da neurose. (Ver Capítulo XII.)

O advogado, o professor e o padre visam todos fazer-nos conformar com o nosso meio. Para enorme crédito seu, o médico está muitas vezes disposto a ajustar o meio ao doente. É pena que se limite a calar a boca da mãe que importuna. Estaria melhor empregado a arrancar a podridão do nosso sistema social. Não devemos esquecer que os médicos — bons médicos — são, essencialmente, rebeldes. Descobrimos os factos da anatomia e da fisiologia apesar da então dominante Igreja. Aliviámos a dor com anestesia apesar do enorme clamor contra a nossa insolência bárbara. Quando os mentalmente anormais são acusados de crimes, defendemo-los contra um sistema legal que, em alguns aspetos, ainda trata tais casos com uma barbárie indecorosa.

É pena termos ficado tão "sociais". É pena, em certos aspetos, que os jornais sejam tão gentis connosco. É trágico que nos prestemos tanto à manipulação da burocracia. Estamos a garantir para nós um lugar confortável num sistema social em ruína. Isso faz-nos mal e faz mal às pessoas. Ajuda o sistema a ruir. Estaríamos melhor como vozes a clamar no deserto contra o padrão estúpido da existência atual.

Faremos o nosso melhor trabalho na redução da incidência de neurose ao alterar o padrão de existência de toda a comunidade. Podemos fazer algo pelos neuróticos que já existem entre nós? Referi a importância das leis da higiene. Há mais uma coisa: podemos ajudar a construir caráter. A psiquiatria tende demasiado a desculpar defeitos. Certamente não os devemos condenar. Mas a psicanálise erra quando os seus praticantes, curiosamente emocionais, insistem na importância de uma atitude "distante". Com isto querem dizer que o nosso dever é apenas delinear ao doente os erros componentes do seu caráter. Ele reconstrói-se de novo pelos seus próprios esforços. Como pode um médico ser distante? Ele é um humanitário científico. Não deve intoxicar-se com ciência em detrimento da humanidade.

Dizem-nos os psicoterapeutas mais febris que o seu trabalho inclui apenas a análise da psicologia do doente. Quando a vítima foi desmantelada, metafórica e literalmente, nas suas reações componentes, tem de fazer a remodelação necessária por sua conta. Creio que isto é uma falácia perigosa. As neuroses envolvem defeitos de caráter do ponto de vista da utilidade social. E, quer queiramos quer não, é necessário à civilização ser socialmente útil. Os neuróticos consultam-nos porque, apesar dos seus esforços, são fracassos sociais. É seguramente racional que estimulemos diretamente a sua utilidade social adormecida.

Todo o psiquiatra racional prescreveu atividade social produtiva a um grande número de doentes. É nosso dever, dentro do razoável, fazer-lhes exigências. O médico falha na sua função quando espera que os doentes façam sozinhos todo o trabalho de síntese. Do mesmo modo, o médico que mima os seus doentes neuróticos é um perigo para a sociedade. Não só está a incentivar traços defeituosos do seu caráter, como está a autorizar um modo de existência que nenhuma comunidade pode suportar. Nos últimos anos, o público tem prestado mais atenção do que nunca às máximas dos médicos. É uma grave responsabilidade nossa garantir que não é induzido em erro.

Apesar desta atitude de "sintetiza-te a ti próprio", a psicoterapia apoia-se largamente na dependência excessiva do doente em relação ao analista. Indiscutivelmente, supõe-se que este, mais cedo ou mais tarde, desfaça essa

transferência positiva. Ainda assim, é bem verdade que dezenas de analistas atravessam a vida como planetas acompanhados pelos seus satélites andrajosos. Um dos espetáculos mais divertidos oferecidos neste vale de lágrimas é o do analista masculino inibido, ridiculamente empoleirado no trono da sua própria infalibilidade e adorado pelo seu círculo. Estes últimos, insuficientemente femininos e sujeitos a furúnculos, andam ocupados como abelhas, obtendo por procuração e emoção contrafeita um pouco da alegria proporcionada por abraços ferozes em vãos de porta escurecidos. Se pretendemos restaurar o doente como unidade social, uma dependência de longos anos é uma má prescrição.

Não estou a defender que os neuróticos devam ser tratados com dureza. Não quero dar apoio à teoria de que a neurose é indistinguível da simulação. Deve reconhecer-se, porém, que muitas reações neuróticas servem para evitar responsabilidade e esforço. De início são evasivas de forma inconsciente. Mais tarde ficam contaminadas por evasão consciente. O tratamento prolongado favorece este último mecanismo. O médico passa tempo interminável a estudar as reações destes doentes. As suas deserções tornam-se distinções. O doente passa a ver-se como um veículo escolhido e precioso de dados científicos.

A psicanálise prolongada desvaloriza a utilidade da vontade. Os sintomas são reconduzidos a ocorrências da primeira infância sobre as quais o doente não teve controlo. Ajuda-o a adotar a atitude de mártir impotente.

Esta odisseia invertida e sem fim em direção ao trauma infantil não é muito inteligente. No decurso da análise, o doente toma consciência de que é necessária a recordação de algum incidente desse tipo. Em geral, é suficientemente inteligente para perceber como os seus sintomas poderiam originar-se num trauma sexual infantil. Gastar tempo sem fim a descobrir o incidente exato parece-me supérfluo. Não é melhor do que cortejar o toque do rei para o fogo de Santo Antão. O tempo seria muito melhor empregue a incentivar os doentes a praticar sistematicamente o exercício da vontade. Admitimos que os neuróticos são, em geral, emocionalmente imaturos. Explique-se-lhes, por todos os meios, o mecanismo dessa imaturidade. Mas planeemos, pelo menos, para eles um desenvolvimento tardio do caráter.

Defendeu-se a esterilização voluntária dos neuróticos. Isso privar-nos-ia de muito génio potencial que mal podemos dar-nos ao luxo de perder. Pior: seria inútil do ponto de vista da ciência. Se todos os neuróticos e psicóticos em Inglaterra fossem esterilizados amanhã, a neurose e a psicose estariam novamente a subir em flecha ao fim de uma vintena de anos ou menos. Doentes com tais doenças nasceriam de linhagens que atualmente exprimem a sua

neuropatia essencial em doenças que ainda chamamos físicas, como o reumatismo e a úlcera péptica.

A psicanálise está em declínio. Se viesse a aumentar, poderia causar danos imensos à ordem social. Rebaixa o homem ao nível de um mecanismo fortuito — fortuito porque, segundo os seus ensinamentos, a natureza da criança é moldada do exterior por impulsos sobre os quais não tem controlo. O livre-arbítrio e o determinismo são matéria para debate académico de metafísicos. Há muito a dizer de ambos os lados. Os argumentos a favor do determinismo são tão fortes quanto os do livre-arbítrio. Mas não nos podemos dar ao luxo de permitir que largas camadas da comunidade sejam impregnadas com as doutrinas deterministas da psicanálise. Isso induziria um estado de torpor impotente, que nos tornaria pouco aptos a resistir aos avanços dos bárbaros modernos. Nem vale a pena conceber uma nova ordem social se encorajarmos doutrinas que justificam as ações antissociais dos indivíduos.

Devemos, naturalmente, reconhecer com franqueza que a vontade só pode afetar as operações da personalidade até certo ponto. É bom que isso seja sublinhado. Não se pretende imitar os piores excessos da escola "mente sobre matéria". Veremos mais adiante que a civilização erra ao açoitar o cavalo moribundo e que, ao incentivar a ambição pessoal para além das necessidades razoáveis do homem, o nosso sistema social incorre em grave erro. Cada um de nós nasce com um temperamento particular. Este composto indivisível de qualidades mentais e físicas dá-nos uma certa quantidade de "matéria-prima" mental e física útil. Ninguém está equipado com um arsenal completo. O nosso temperamento dá-nos certos talentos. Limita-nos a certos tipos de reação. No plano físico somos fortes em certas direções. Do mesmo modo, temos falhas particulares. A tarefa do médico é incentivar o indivíduo a utilizar esta matéria-prima da melhor forma. Até este ponto, temos escolha de ação.

O médico sábio, perante um doente sensato, pode ir um passo mais longe. Pode apontar-lhe as fendas na armadura. Podemos resumir isto melhor citando a frase de Frei Luís de Leão com que o Sr. Somerset Maugham conclui o seu admirável livro *The Summing Up*:

"A beleza da vida é que cada um atue em conformidade com a sua natureza e com o seu ofício."

Não tenho a certeza de que a psicanálise, no seu desenvolvimento plenamente fanático, não seja, por si só, um sinal de decadência. Aumenta o autoconhecimento do doente. Essa é uma intenção desejável. Muitas vezes penso que a marca do homem civilizado é a apreciação honesta dos seus

próprios motivos. Tantos se tornam intolerantes e estúpidos pela idealização do seu próprio interesse. Se a psicanálise se limitasse a descobrir para o indivíduo a força e a fraqueza da sua própria personalidade, ninguém contestaria a sua prática. Estaria apenas a aplicar os princípios básicos da medicina racional. Mas a psicanálise fez do desenvolvimento do autoconhecimento um culto. Conhecer-se não basta. O indivíduo tem de agir de acordo com o que descobre. Demasiadas vezes, na psicanálise, a sondagem do eu degenera numa condição de auto-narcose. O mundo exterior é um panorama irreal e sem sentido. O pulso da vida só bate com força adequada quando o viciado torna o ar do consultório do médico espesso com uma nuvem de palavras.

Este afastamento do mundo insatisfatório da realidade para o vasto universo do inconsciente é belamente exemplificado por uma observação que me foi feita por uma doente. Estava encharcada dos tóxicos da psicanálise. Exigia-a. Quando lhe foi recusada por motivos médicos, tornou-se abusiva. Encontramos atitudes semelhantes em alcoólicos privados de bebida. Atrasara-me a visitá-la na manhã em que os hunos invadiram a Bélgica e a Holanda. Usei a notícia como lance de abertura: "Que raio me importa isso? Estou aqui à espera há vinte minutos." Sintomas de abstinência!

Não é exagero dizer que as pessoas podem ficar permanentemente marcadas pela psicanálise. Torna-se equivalente a uma toxicodependência. O médico que acede a pedidos de mais análise está muitas vezes numa posição indefensável. É como alimentar um viciado em morfina.

A psicanálise não tem futuro. Encerra erros de lógica tão flagrantes. Os seus praticantes dogmatizam sobre o conteúdo dos nossos estratos mentais. Como podemos dogmatizar sobre algo que já descrevemos como inconsciente? A melhoria pela psicanálise deve-se, em grande parte, ao facto de naturezas dominantes assumirem um ar de infalibilidade papal perante almas dependentes. A transferência é uma variante emocional da fé. É também a versão moderna da fé — brilhante, dispendiosa, meticulosamente definida.

Falei da formação do caráter como tratamento de neuróticos individuais, em oposição à doutrina de análise sem síntese. Encontro constantemente casos em que não se fez qualquer tentativa de formação do caráter. Muitas vezes, estes casos foram tratados durante três ou quatro anos. Por vezes, o capital da família ficou por isso esgotado. Conheço doentes não um pouco melhores após anos de tratamento, que reduziram todo o nível social da sua família pela despesa incorrida. Recordo casos de doentes incapazes de trabalhar, tratados durante anos por medidas psicanalíticas, diagnosticados como reprimidos e

encorajados a "descomprimir". Como resultado, são arrogantes e vaidosos, com modos atrozes.

Estas pessoas são por vezes dotadas, muitas vezes com talentos artísticos. Estes últimos muitas vezes não são incentivados. Considera-se mais importante que o doente esteja primeiro "ajustado". Alguns destes doentes tiveram a honra duvidosa de vir ter comigo para tratamento. Responderam a esta calamidade genuína "descomprimindo". Tive de desencorajar a repetição desse exercício favorito e sublinhar a necessidade de reações sociais. Este é, provavelmente, o único mundo que experimentamos. É, portanto, razoável aprender a viver nele. Ao inverter a técnica psicanalítica e ao incentivar os talentos dos doentes, vi muitos deles alcançar trabalhos à escala da vida e até desempenhar com distinção trabalho criativo.

A minha ação é, claro, criminosa do ponto de vista psicanalítico. Aumento a sua carga de repressão. Mas, infelizmente, a maturidade é inseparável de um certo grau de repressão. Temos necessariamente de restringir as reações da infância. Se não o fizermos, o ostracismo social e as prisões de Sua Majestade fazem parte do nosso destino. (O mundo suporta miséria porque um povo falhou em reprimir os atributos viciosos da infância.) Ambas as condições podem ter vantagens inegáveis. Envolvem, porém, paralisia social.

O homem aprendeu ao longo dos tempos que a civilização implica o governo da natureza inferior pela natureza superior. E a psicanálise desconfia demasiado das nossas reações superficiais. Se fazemos boa figura, provavelmente estamos reprimidos e interiormente miseráveis. O analista pode ter julgado corretamente. Mas é necessário que usemos essa face falsa e creditável. O mundo ainda precisa da coragem trivial dos homens comuns, que escondem uma insegurança interior com uma calma exterior. A prática ampla e demasiado fervorosa da psicanálise poderia até representar uma ameaça considerável aos melhores aspetos da ordem moral. Abre as comportas da repressão civilizada.

Os psicanalistas atribuem muita doença à repressão de instintos primitivos. Seria tolice afirmar que, por isso, tendem para o primitivo em detrimento dessa crosta exterior de civilização. No entanto, não se deve esquecer que acusam livremente a censura da ordem moral. É um facto do maior interesse que a psicanálise seja de origem germânica.

Embora o seu fundador fosse um judeu perseguido pelos nazis, os seus principais aderentes vieram desse segmento da Europa infetado pelos primitivos

louros. E nazis proeminentes, em acessos de ingénua autocomplacência, regozijaram-se com a livre admissão da sua própria barbárie.

Poder-se-ia supor que eu defendo com firmeza a ordem moral. Não pode ser assim. Atribuo muita doença ao nosso sistema social. Sou, portanto, um crítico e não um satélite da ordem social e moral. A questão é que impulsos primitivos escolhemos reprimir pela censura da moralidade. É essencial à civilização que refreemos os impulsos de afirmar e adquirir para além das nossas necessidades legítimas. É por isso que combatemos os nazis. A censura errada do nosso sistema social reprime os impulsos sexuais e criativos.

TRANSMISSÃO DE TRAÇOS DE CARÁTER

Discutimos a formação do caráter no tratamento de neuróticos individuais. Isto dá-nos alguma esperança de, no futuro, lidarmos com a neurose como um todo? Depende de acreditarmos, ou não, na transmissão de traços de caráter. O ensino da psicologia só admite a herança de instintos. Um progenitor com um instinto predominante de autoafirmação pode transmiti-lo à sua descendência. É da maior importância investigarmos esta questão da herança do caráter. Não é importante no tratamento de doentes individuais. É de grande relevo no que toca à descendência de linhagens neuróticas.

A oposição da psicologia moderna à teoria da herança de traços de caráter tem duas razões. A psicologia está infiltrada pelos ensinamentos da psicanálise, que sublinha os fatores ambientais e minimiza o efeito da hereditariedade. Em segundo lugar, a psiquiatria, fora dos limites da psicanálise, aceita com excessiva falta de crítica o ensino da psicologia académica. Os psiquiatras consideram-se qualificados para lidar apenas com a psicologia do anormal. Reconhecem que esta é uma atitude limitada e pouco científica. Aliviam a sua consciência científica com uma aceitação apressada dos princípios da psicologia académica.

Aceitam as conclusões de homens como McDougall, guia engenhoso e falível, capaz de dogmatizar com plausibilidade sobre os impulsos complexos da personalidade humana a partir do estudo das reações instintivas de ratos. Tendo aceitado tais teorias como alicerce, estabelecem os fundamentos da psicopatologia a partir das declarações verbais e das reações de neuróticos e psicóticos adultos. Os padrões de comportamento destes casos adultos são demasiado complexos para permitir dogmatismo quanto aos atributos psicológicos mais precoces do indivíduo. Nem os psicólogos académicos nem os clínicos da doença psicológica observaram suficientemente as reações das crianças e as compararam com os traços parentais.

Convém lembrar que a psicologia médica é uma ciência jovem. Todas as ciências começam na especulação. Depois passam ao estudo de sinais dramáticos e óbvios. Por fim, estudam os fundamentos. A psiquiatria está, neste momento, a passar da primeira para a segunda fase. Certamente ainda não chegou à terceira.

A observação de crianças e o questionamento direto de pais honestos revelam, de facto, a herança de reações muito mais complexas do que simples instintos. Citarei dois exemplos.

Uma criança de dois anos, levada pela ama ao longo de uma das principais estradas de Inglaterra, não manifestou o menor interesse no tráfego nem nas numerosas pessoas que passavam. Tinha olhos apenas para as árvores à beira da estrada. Uma reação idêntica fora uma característica marcante da infância do pai. Tanto o pai como a filha eram, de forma notável, muito arrumados aos dois anos de idade. Ambos insistiam em que cada brinquedo tivesse um lugar cuidadosamente definido no armário. A filha divertia-se, desde os dezoito meses ou menos, a arrancar pequenos fiapos de lã das mantas e a passá-los, extasiada, sobre o lábio superior. Isto continuou de forma constante na infância posterior. O pai admite que, desde que se lembra, tem acariciado o lábio superior com fios de lã ou cabelos.

Não pode haver, neste caso, qualquer questão de imitação. O pai vê a criança apenas raramente e por curtos intervalos. É a ama que a acompanha. O freudiano agarrar-se-á a este fenómeno chocante como sinal erótico. E é. Há uma explicação freudiana que se apresenta para dar conta tanto do fenómeno do afago como da arrumação. Esta última seria uma expiação obsessiva, expressa em ritual, por um sentimento de culpa engendrado por interesses sexuais. Mas a filha mostrou a sua arrumação invulgar antes dos dois anos e antes de encontrar prazer em acariciar os lábios. A criança não é reprimida sexualmente. Ambos os pais são bem instruídos nestas matérias e sem pudor. As amas foram igualmente instruídas. O pai considera possível que a sua própria infância tenha sido reprimida.

Mas suponhamos que, em ambos os casos, a arrumação e o prazer erótico fossem uma reação obsessiva relacionada com o sexo. Nada na educação da criança a leva a adquirir uma reação obsessiva. No entanto, o ensino psicanalítico insiste que tais reações não são inatas. Será um caso de um pai obsessivo a criar um ambiente de berçário admiravelmente adequado ao desenvolvimento de obsessões na filha? Ele vê-a muito pouco. Não interfere. Considera que as crianças são "trabalho de mulher", embora, quando as vê, seja muito carinhoso. E, de novo: se estas tendências obsessivas são adquiridas em ambos os casos,

por que razão exibem modos de expressão tão idênticos? E, sobretudo, por que razão estão ambos tão apaixonadamente preocupados com árvores? O pai nunca chamou a atenção da filha para as árvores.

Este é um exemplo da herança de algo mais complexo do que instintos. Revela a transmissão de um padrão de reação. Este caso dá-nos alguma indicação quanto à herança de traços de caráter? Penso que sim, decididamente. Ambos estes indivíduos têm amor pela ordem. Isto é, seguramente, uma base para a formação do caráter.

Quanto às árvores: desde o início da adolescência até meados dos vinte, o pai sofreu agudamente ao ver uma árvore abatida. As suas reações ao corte de um bosque chegaram, a certa altura, a levá-lo a deixar de ler jornais, com receio de que contivessem notícias de abate de madeira ou destruição de florestas. A filha era intensamente apaixonada por flores aos dezoito meses. Muito antes dos três anos, recolhia laboriosamente — e guardava — todas as flores à vista e chorava se a afastassem delas.

Até ao final da adolescência, o pai tinha o hábito de apanhar flores mortas deixadas nas bermas das estradas rurais. Tinha simplesmente de o fazer. (Convém dizer que a acessibilidade a flores não é um fator comum neste caso: o pai foi criado numa casa sem jardim, numa cidade industrial. A filha vive numa casa com jardim à beira de uma estrada principal.) É manifestamente absurdo descartar este amor por flores e árvores como uma tendência obsessiva adquirida em ambos os casos. Se estas tendências no pai e na filha não são inatas, por que razão se revelam de modos tão idênticos?

Seguramente, esta preocupação herdada com flores e árvores é um fator que determina o caráter de ambos os indivíduos. Afinal, a devoção à estética tipifica um certo tipo de caráter.

É possível observar muitas variedades diferentes de características herdadas. Conheço uma família em que se pode observar, ao longo de três gerações, um método particular de beber. Não começam a beber quando os lábios encontram o copo. Avançam a língua e lambem como gatinhos. (Isto, aliás, é uma família "civilizada", na medida em que o exercício bem-sucedido da advocacia e a adesão à fé anglicana possam ser tomados como critérios de esclarecimento.) Isto não pode explicar-se por imitação. As crianças foram criadas no berçário. Os pais viam-nas raramente. Foram educadas segundo o princípio de que demasiado contacto com adultos lhes fazia mal. O psicanalista provavelmente argumentará que os diferentes membros de cada geração — pois tendem a famílias numerosas — apanharam o hábito uns dos outros. Este é

um mau argumento, do tipo a que os analistas recorrem em excesso. Implica fabricar factos para ajustá-los às teorias.

Com que frequência vemos reações anómalas idênticas, exceto em respostas de massa como a asma, em famílias submetidas à mesma infeção por condições ambientais carregadas de fatores psicológicos adversos? Quase nunca. Com que frequência encontramos vários irmãos com gaguez psicogénica? Um pode gaguejar, outro ter enurese e um terceiro ser propenso a asma. Não encontramos três ou quatro gagos psicogénicos. Citei dois exemplos pouco dramáticos a título de ilustração. Não me falta material, mas isto não é um manual de psiquiatria. Procuro evitar aquele amor pelo acessório que faz da escrita psicanalítica uma selva desordenada de literatura.

É quase certo que componentes específicas do caráter são herdadas. Transmitimos, portanto, não apenas os nossos instintos, mas hábitos particulares de resposta. Isto surpreende? Configurações faciais e corporais são, sem dúvida, transmitidas. Não vale a pena determo-nos, nestes dias de realeza descartada, no nariz dos Habsburgo ou no lábio dos Bourbon. Será ridículo e ingénuo sugerir que, porque um filho se parece fisicamente com o pai, o seu caráter possa assemelhar-se ao do progenitor? De modo nenhum. Começamos a encarar a personalidade de um homem como uma mistura indivisível de corpo e mente. Vimos a ligação entre postura e estrutura mental. Talvez estas afirmações sejam demasiado amplas e generalizadas. É inevitável. São feitas com humildade.

Mas, acima de tudo, não será necessário que a medicina regresse por algum tempo às generalizações simples? É o único meio de a arrancar ao pântano matemático em que nos debatemos como resultado da conspiração entre os especialistas de laboratório e os médicos que não passam de contínuos dos altos alquimistas da bioquímica. E, sobretudo, não estará a medicina a regressar lentamente ao estudo do homem e à investigação da personalidade total? E não implica isso a abstração, de uma nuvem de dados, de algumas entidades globais e o estudo de alguns tipos de homens?

A consideração da possível herança de traços de caráter leva-nos, por passos naturais, à questão das características raciais. O estudo destas fornece-nos dados valiosos. Estarão traços mentais embutidos em certas linhagens? Tomarei a Alemanha como exemplo, pela simples razão de que, para a maioria dos homens razoáveis, a palavra "alemão" evoca certos traços mentais predominantes. (Não existe, evidentemente, um traço mental único peculiar a uma raça. Não conheço nação especialmente devotada a colecionar aranhas. A

tendência britânica para emular o avestruz é a aproximação mais próxima de uma característica exclusivamente racial.)

Como Vansittart bem disse, as principais características alemãs são a inveja, a autopiedade e a crueldade. Do ponto de vista mais estritamente clínico, poder-se-ia acrescentar a inversão sexual, particularmente revelada no sadismo e na homossexualidade. Segundo a psicologia analítica, a constância de tais qualidades ao longo de séculos explica-se por emulação, tradição e pelo nascimento de sucessivas gerações num ambiente contaminado por preceitos que tendem para a inveja, a autopiedade e a crueldade. Esta explicação negligencia muitos pontos importantes. A ética do germanismo é a do homem primitivo e, no entanto, a raça alemã reside na Europa há tanto tempo como qualquer outra. Porque permanecem, em tão larga medida, ao nível primitivo? Isto implica, seguramente, um atraso inato no desenvolvimento emocional.

O contra-argumento é que a massa dos alemães permanece assim por causa do poder das suas castas dirigentes primitivas. Mas a era de emancipação liberal do século passado corroeu consideravelmente a ética primitiva do autoritarismo. Porque resistiu, até hoje, a clique dirigente na Alemanha a essa influência liberalizante? Resistiu-lhe de forma contínua e sólida, às influências ambientais de uma Europa em mudança. Isto desafia as explicações do psicanalista. Porque foi a massa dos alemães tão submissa ao governo dos seus primitivos?

A República de Weimar foi uma exibição transitória de liberalismo aparente. Foi falsa. A era de Gustav Stresemann foi uma expressão da tendência dos alemães para se queixarem quando são derrotados. Os líderes alemães exprimem a vontade do povo tão bem — e melhor — do que os líderes em democracia. Stresemann foi o símbolo da autopiedade. Essa era a qualidade então dominante. Ao mesmo tempo, preparavam-se sorrateiramente para a guerra. A inveja e a crueldade trabalhavam no subterrâneo.

Os psiquiatras também deviam ser historiadores. A raça alemã, durante dois mil anos, manteve uma política nacional cuidadosamente concebida de brutalidade, fraude, oportunismo, astúcia e terrorismo. Viveu no continente que, acima de todos os outros, foi ao longo dos séculos pioneiro de civilização. (Os Estados Unidos só funcionam há dois séculos e são essencialmente o desenvolvimento de uma civilização transplantada da Europa.) Têm uma história medieval de dois mil anos, quase tão volumosa como os registos de qualquer obsessivo tratado — e mantido — pela psicanálise. Perante estes factos, é manifestamente absurdo postular uma cadeia interminável de mau ambiente e maus preceitos repetidos com precisão através dos séculos. Mesmo quando

transplantada, a maioria dos alemães permanece essencialmente alemã. Não me refiro às atividades de turistas alemães recentemente implantados em países destinados às bênçãos da *Kultur*. Nos Estados Unidos, o incómodo nazi é recrutado em larga medida entre alemães ali residentes há décadas.

Um argumento adicional dos que não acreditam em tendências raciais inatas é o de que os alemães são uma nação jovem e que as suas qualidades peculiares devem atribuir-se às propriedades emocionais da juventude. Os alemães são jovens como nação e velhos como raça. Os checos eram uma nação recém-nascida e estavam entre as democracias mais progressivas do mundo. Os australianos são uma nação jovem, derivada de uma raça antiga. E assim por diante. Em comparação com outras raças, há um atraso tremendo na capacidade de desenvolvimento do alemão. Isto é algo misturado nos cromossomas. Explicações psicanalíticas podem dar conta das aberrações de alemães individuais, ou de reações de grupo na mesma década. São necessárias outras explicações para explicar a barbárie consistente de séculos.

Mais provas da herança de características mentais mais complexas do que instintos podem obter-se estudando a tendência de diferentes raças para diferentes tipos de doença. A doença é um aspeto da personalidade. Esta inclui traços mentais e peculiaridades de estatura. A incidência marcante de certas doenças em raças particulares indica que, nestas, ocorre, com prevalência relativamente maior do que noutros povos, um tipo particular de personalidade vulnerável. Isto, no mínimo, implica a herança de algo mais complexo do que simples instintos.

A tuberculose é prevalente entre os irlandeses. A diabetes aflige particularmente os judeus. A taxa de melancolia é elevada nas Highlands. Os noruegueses são propensos ao alcoolismo. Este último facto é de particular interesse. O alcoolismo é também muito frequente em distritos remotos de Cumberland, onde as pessoas são um stock nórdico surpreendentemente pouco diluído, com apelidos e topónimos nórdicos e com um dialeto fortemente marcado por derivações nórdicas. O povoamento norueguês de Cumberland ocorreu há mil anos.

Porque certas doenças, sobretudo físicas, afligem raças particulares, não se pode concluir apenas a partir disso que traços de caráter são transmitidos de modo semelhante. Mas vimos que as doenças físicas crónicas são muitas vezes parte integrante — e inseparável — da personalidade do doente. É, portanto, razoável supor que também os traços mentais são assim transmitidos.

Se acreditarmos na transmissão hereditária de traços de caráter, isto é de grande importância do ponto de vista social: devemos incentivar a formação positiva do caráter nos neuróticos. Ao fazê-lo, proporcionaremos um melhor ambiente psicológico às crianças de linhagens neuróticas. (Se acredito na importância fundamental da hereditariedade, não desvalorizo a influência óbvia de fatores ambientais. O fanatismo é uma arma perigosa num médico.) Mas mais importante é a possibilidade — pelo menos — de que tendências para uma formação de caráter estável e social possam ser transmitidas à geração seguinte. No indivíduo, o sistema nervoso tende a utilizar as vias de descarga a que está habituado. A formação e prática de bons ou maus hábitos sociais tende para a sua continuação. E aquilo que desenvolvemos tende a ser transmitido.

Os nossos dados não são conclusivos, mas a construção do caráter como meio de combater tendências neuropáticas deve certamente ser tentada. Porquê? Porque a psicologia racional o exige. O homem é uma criatura de hábito. O seu sistema nervoso também. Se este consegue transmitir maneirismos peculiares no beber, preocupações estéticas, um amor à ordem que muitas vezes se funde numa conscienciosidade útil, é pelo menos possível que sirva também para transmitir traços de utilidade social. Em todo o caso, sublinhar a formação do caráter é pensar de modo produtivo. Praticar terapêutica interminável em neuróticos é, muitas vezes, ajudar à persistência de modos errados de reação.

Mas nenhum dos métodos oferecerá os mesmos resultados que uma tentativa de corrigir o sistema social. Os nossos sistemas nervosos estão a desgastar-se. Estão a ser sujeitos a uma longa canhonada de sobrecarga e intelectualização. Temos de mudar o nosso padrão de vida para evitar mais devastação nos nossos tecidos torturados. Este é — ou deveria ser — o nosso objetivo principal. Não tem substituto adequado.

Pensar-se-á que tenho uma visão sombria sobre o tratamento da neurose, pelo menos no que toca à cura absoluta. Tenho. E qualquer clínico honesto que lide com reumatismo, diabetes, anemia perniciosa, úlcera péptica, arteriosclerose, etc., também a tem. Sustento que, com tratamento racional, nas linhas que indiquei, o neurótico pode não sofrer mais incapacidade enquanto unidade de trabalho do que os que sofrem das doenças crónicas acima mencionadas. Há uma linha de explicação, de som rude mas justificada, que pode ser aplicada com utilidade a estes doentes. Deve dizer-se-lhes que muitos de nós somos vulneráveis aos stresse(s) da vida tal como hoje é vivida, e que, no caso deles, o sistema nervoso é particularmente sujeito a desgaste. Se fossem constituídos de outra forma, poderiam ter sofrido antes de reumatismo ou

dispepsia. Como explicação, soa primitiva. Não tem a ressonância olímpica do psicanalista. Creio que é verdadeira. Pelo menos, é despretensiosa.

LIVRO QUATRO
A COMÉDIA DOS ERROS

CAPÍTULO CATORZE
"LEAD, KINDLY LIGHT." FORMAÇÃO MÉDICA

É muito necessário estudar as deficiências da nossa formação enquanto estudantes e a nossa atitude enquanto médicos. Somos, mais do que ninguém, responsáveis por conceções erradas de doença. Se quisermos ajudar como reformadores do nosso sistema social, é necessário que a nossa formação nos ajude a reconhecer as suas falhas.

A prática da medicina é o estudo da personalidade sob um ângulo particular. O estudo da personalidade não é contemplado na formação do estudante de medicina. Isto não surpreende. O estudo da personalidade é uma ciência infantil. No seu pleno desenvolvimento, nunca será idêntico à medicina. Esta lida com as circunstâncias mutáveis de saúde e doença. O estudo da personalidade talvez não vá além de indicar tendências para a doença.

Mas, mesmo hoje, os nossos hospitais de ensino poderiam fazer mais para incentivar os estudantes a olhar para o doente como um todo, a ver nele alguém cuja resposta à doença é uma pequena incrustação no mosaico total da sua personalidade. Com que frequência se chama a atenção do estudante para o fator de personalidade em doenças como a ulceração péptica, onde a sua importância é absolutamente central? Procurei diligentemente nos manuais de medicina recomendados a quem estuda para os exames finais. Não encontro uma única referência às características obsessivas, ao impulso desmedido, dos doentes com úlcera duodenal.

Repetem-se, vezes sem conta, para o estudante, os velhos fatores de etiologia já gastos: refeições irregulares, comer demasiado depressa. Nestes dias febris, as pessoas de facto engolem a comida e alteram radicalmente os horários de refeição para se ajustarem às exigências do trabalho. Não é notável que alguns desenvolvam úlceras duodenais. É mais surpreendente que a vasta maioria lhes resista. O fator não adequadamente estudado é o que determina o desenvolvimento de sintomas na minoria.

A explicação está no facto de tudo o que diz respeito à personalidade ser encarado como um problema do psiquiatra. O médico ou cirurgião conscienciosо, quando reconhece a importância de tal fator, remete o seu estudo mais próximo para o psiquiatra. Ao fazê-lo, congratula-se com a sua imparcialidade e tendências progressistas. Na realidade, está a demonstrar uma atitude reacionária. A personalidade não é mais domínio particular do especialista em psiquiatria do que é província do cirurgião especialista. Como poderia ser, se a personalidade é uma fusão indissecável de corpo e mente?

A tendência mais genuinamente construtiva na medicina moderna é a preocupação com os acompanhantes físicos dos estados emocionais. Isto, claramente, não pode ser a província do psiquiatra, enquanto ele se ocupa sobretudo de um bricabraque ridículo de condições meio diagnosticadas a que se chama medicina psicológica. Pareceria, então, que a medicina geral é o melhor campo para o estudo da personalidade. E, no entanto, a medicina geral, tal como hoje é praticada, tem consciência demasiado reduzida da enorme importância dos fatores mentais em induzir doença de todas as variedades. O estado de coisas não melhorará enquanto não corrigirmos o estado de espírito que nos levou a fazer da psiquiatria um ramo da medicina. A medicina do futuro será um ramo da psiquiatria.

O clínico sensato, com uma visão equilibrada, tem muitas vezes preconceito contra qualquer tentativa de infiltrar ainda mais a medicina com princípios psicológicos. Enquanto estudante de medicina, teve contacto com a psiquiatria em algumas demonstrações fátuas de loucos em estado avançado. O curso a que assisti consistiu em doze aulas. Na primeira, tratámos da mente humana — com conforto — em menos de uma hora. Exaurimos o universo e partilhámos o sentimento de Alexandre, suspirando por mais mundos para conquistar. Passámos o resto do curso num estado de inanição. Em cada sessão, foi-nos oferecido um desfile macabro de manequins representativos, para nosso benefício. Encarávamo-lo como provação ou divertimento. Nunca foi instrutivo.

Uma aula foi dedicada às neuroses. Não foi um sucesso. Não era possível exibir casos de ansiedade ou obsessivos dentro das paredes do hospital psiquiátrico. Éramos uma audiência inundada por um longo prólogo e privada de ação.

Não há razão para que um estudante de medicina, antes de se formar, aprenda seja o que for sobre as neuroses. E, no entanto, mais tarde descobrirá que são o mais comum de todos os grupos de doenças. Tive particular sorte, pois o médico sénior do nosso hospital tinha derivado da medicina geral para a psicanálise, passando pelo hospital de crianças doentes. Devo-lhe uma dívida

enorme, embora tenha aprendido desde então que nem toda a doença se deve à masturbação e ao erotismo anal.

O médico de família não tem objeções a princípios psicológicos racionais na medicina. É, afinal, o seu principal expoente. É, *por excelência*, o estudante da personalidade. É pena que os hospitais de ensino não lhe ensinem os fundamentos do seu ofício. Tem de aprender, pela experiência, por erro constante, o papel desempenhado pela sobrecarga, infelicidade e desajustamento, não apenas na doença neurótica, mas também na doença física.

É uma triste verdade que o médico de família sólido, ao fim de vinte anos de prática, esteja tantas vezes em posição de educar aqueles que funcionam como instrutores do médico recém-formado. Infelizmente, o curador prático raramente é o professor "nascido no céu". Nem o clínico prático — sobretudo se for médico de família — tem muitas oportunidades de fazer ouvir as suas opiniões. Salvo casos raros, não passamos da medicina geral para a especialização e para lugares de equipa nos hospitais de ensino. Além disso, as revistas médicas mostram um viés inconfundível contra artigos que registam resultados de observação clínica individual.

Os próprios psiquiatras ajudam pouco a promover o estudo da personalidade na medicina. Os psicanalistas estão obcecados com fatores puramente psicológicos, muitas vezes com exclusão completa de considerações físicas. É inacreditável até que ponto um homem pode cumprir um estágio árduo e dispendioso de seis anos como estudante de medicina apenas para, depois, lhe virar as costas. Muitos dos jovens acólitos que, após se formarem, migram em êxtase para a Tavistock Square ou para alguma clínica semelhante parecem encarar os seus seis anos de estudantes como um pesado dever social.

Este estado de coisas melhorou um pouco desde que os psiquiatras se ocupam cada vez mais do aspeto psicológico das doenças físicas. Sinto, contudo, que isto é, muitas vezes, apenas uma tentativa de aumentar o território a ser varrido pela técnica psicanalítica. Os psicanalistas sempre estiveram prontos a explicar tudo nos termos do seu próprio culto. Irá o psicanalista, ao estudar doenças físicas, admitir até que ponto estas são determinadas por fatores constitucionais inatos, mesmo quando estímulos psicológicos possam, de facto, ser causas precipitantes? Tenho as minhas dúvidas. Os fanáticos não renunciam assim tão depressa às suas pretensões de possuir "específicos" infalíveis.

Não há dois anos que dois psiquiatras eminentes, Crichton-Miller e Strauss, defenderam que se permitisse a psiquiatras leigos correr "em parelha" com

médicos qualificados. O conceito de corpo e mente como indivisíveis é essencial à prática racional da medicina. Seria muito menos prejudicial defender o emprego de cirurgiões leigos. Muitos cirurgiões são, afinal, meros técnicos — ou pelo menos essa é a sua intenção. (Nenhum cirurgião de primeira linha é apenas um técnico.) Sob supervisão médica, poderiam orientar-se. A manipulação de vísceras é uma arte alcançável por muitos. (Muitas vezes me maravilhei com a destreza de donas de casa a esfolar coelhos.) Mas não se pode dissecar a mente do corpo. É-lhe indivisível. O seu tratamento deve, portanto, ficar nas mãos de quem é competente tanto no aspeto mental como no físico do viver.

Deve admitir-se que também não se pode eviscerar seres humanos sem consequências mentais. Mas, por vezes, a evisceração é necessária. A morte é a alternativa. A arte de eviscerar é uma espécie de carpintaria responsável. A ideia de permitir operações por cirurgiões leigos é monstruosa, mas um cirurgião leigo, com experiência, é menos anacrónico do que um psiquiatra leigo.

O ECLIPSE DA MEDICINA E A ASCENSÃO DA QUÍMICA

A técnica laboratorial, perita e acessível, está a ter um efeito desastroso na medicina enquanto arte. Os padrões clínicos estão a decair. Nos casos em que duas ou três hipóteses diagnósticas se apresentam, o recurso ao laboratório muitas vezes fecha a questão. Até aqui, tudo bem. Às vezes, é necessário acertar. Mas a dependência do laboratório incute no médico hábitos mentais inúteis e, muitas vezes, perniciosos noutras áreas do seu trabalho em que o laboratório não ajuda. No pior dos casos, ele degrada-se numa espécie de recipiente acompanhante para transportar os sintomas do doente até ao médico responsável pelas consultas externas. Este atua como intermediário. Assina os formulários necessários e o doente é enviado ao laboratório.

Com que frequência o médico de consulta externa recebe uma nota de um colega em que este, passando com elegância por cima das trivialidades de sinais e sintomas, apenas pede uma contagem sanguínea ou uma radiografia?

Na prática privada vemos, com igual clareza, os efeitos perniciosos de contacto excessivo com o laboratório. Estamos a aproximar-nos de um padrão artificial e retrógrado na medicina clínica, segundo o qual o bom médico é aquele que pede intermináveis exames laboratoriais. Simplesmente não se consegue ter aquilo a que se chama uma "clientela de melhor classe" sem passar uma quota considerável do tempo à porta do laboratório. Não estou a desvalorizar a enorme utilidade de muitas técnicas laboratoriais — como contagens sanguíneas na anemia perniciosa, etc. — mas esta dependência do laboratório

corroeu de tal modo a alma de alguns dos melhores médicos que é responsável por anacronismos espantosos. Se chamamos um consultor eminente num caso obscuro, procuramos impressioná-lo apresentando-lhe, antes de ele examinar o doente, um registo completo das investigações já realizadas. Não o fazer equivale a uma condenação por negligência. Quando estudante no hospital, o médico foi treinado a "ter tudo pronto" para o chefe antes da visita.

Mas, por todas as razões racionais, o que pedimos a um consultor eminente é uma opinião clínica. Deve escrutinar os registos laboratoriais depois — e não antes — de examinar o caso. Quantos de nós têm coragem de lhe pedir isso?

Estamos, assim, a aproximar-nos de um padrão de valores em que o bom médico é aquele que exige exames laboratoriais intermináveis, enquanto o mau médico continua obstinadamente a confiar no *nous*.

A situação na medicina é tal que se poderia perdoar aos patologistas o aproveitamento, reclamando o direito de diagnosticar. Muito poucos o fazem. Mas ouvi muitos exprimirem-se, mais ou menos amargamente, sobre clínicos que rejeitam achados patológicos ou não os aplicam plenamente no tratamento. Ao fazê-lo, o patologista é totalmente injusto com o clínico — a menos que esteja a lidar com o charlatão "qualificado", que envia material ao laboratório porque isso é esperado dele, e por nenhuma outra razão. O patologista vê apenas o aspeto mais microscópico da personalidade. Estuda as lesões concretas que produzem sintomas. É difícil para ele compreender que tais "concretos" são uma parte insignificante do quadro total. Mesmo a órbita inteira de uma doença — a sua patologia, os seus sinais e sintomas físicos — é apenas uma voz audível de uma desarmonia generalizada.

Mas, enquanto patologistas e bioquímicos se limitam a protestos mudos e resmungados, o desafio é tomado, em seu nome, por um grande número de médicos. O nosso conhecimento crescente de bioquímica e fisiologia soltou sobre o público um conjunto de químicos entusiastas e técnicos de laboratório disfarçados de médicos. O entusiasmo por esta marca de medicina é apenas igualado pelo seu desprezo por médicos mais racionais e com dons intuitivos. Nestes dias bioquímicos, as faculdades intuitivas estão desvalorizadas. Não podem ser medidas num tubo de ensaio. E, afinal, o velho médico intuitivo, que acompanhava duas ou três gerações de uma família nos seus problemas espirituais, mentais e físicos, nunca conseguia "resultados" de verdade. Nunca corrigia erros flagrantes do metabolismo. Apenas fazia os seus doentes sentirem-se melhor. Logo, era um charlatão nocivo.

O nosso químico ambulante, estrelado e cravejado das condecorações que os Colégios Reais concedem àqueles com a virtude duvidosa de se lembrarem de tudo o que leram, cura de facto os seus doentes. Corrige os seus erros de metabolismo. Fornece os químicos em falta e, automaticamente — embora muitas vezes contra as regras da observação clínica — o doente melhora imenso. Se as dores persistem e os sintomas ficam por resolver, então o doente é apenas rabugento ou um neurótico sem esperança. O médico retira-se, sentindo-se, com razão, maltratado. A sua atitude é semelhante, embora menos segura, à do psicanalista. Ambos sentem, quando o doente não responde, que pelo menos lhe foi concedido o privilégio inestimável e inigualável da "única" terapêutica.

Há neste país vários lares de enfermagem caros que existem com o único objetivo de investigar todas as reações que a engenhosidade do médico residente consegue inventar ou que o tédio luxuoso do doente consegue sugerir. Estes lares parecem existir sobretudo para converter os doentes em índices de fichas elaborados. É significativo quantos destes doentes acabam, por fim, por "empoleirar-se" nas salas da psiquiatria. Meia hora de estudo cuidadoso do doente enquanto indivíduo teria poupado tantos preliminares caros e aborrecidos.

Mas não se pense que as preocupações bioquímicas removeram por completo do nosso meio a elucidação cuidadosa de sinais físicos, que é a base primeira da medicina. Os hospitais de Londres ainda formam todos os anos muitos médicos impecavelmente aptos a desencadear os reflexos mais delicados, mas totalmente incapazes de ver com os olhos, ouvir com os ouvidos e avaliar as pessoas como um todo. Não foram ensinados a fazê-lo. Alguns nascem com esses dons. Muitos ensinam-se a si mesmos. Um bom médico é feito por seis anos de formação dispendiosa e por mais seis anos de autorrecriminação ainda mais custosa por falhas e conceções erradas. Os seus professores deviam poupá-lo a um pouco disto. Tornam os termos da sua aprendizagem medievalmente duros.

Mas o pior é que estes médicos "feitos por si" não transitam da clínica geral para uma especialidade e daí para os hospitais de ensino. Estes estão a cair cada vez mais nas mãos de jovens "cientistas" cujo conhecimento da natureza humana é muitas vezes assustador. Estas pessoas estão a marcar o ritmo da medicina inglesa. É um ritmo quente. Há um número notável de jovens F.R.C.P. por aí. Mas têm muitas vezes um ascetismo quase monástico, um vício do obscuro e uma vaidade tremenda. Fazem leis para a sociedade a partir de material não melhor do que as suas próprias opiniões fortes. O representante

mais distinto deste tipo ocupou-se a ensinar que o sono era uma espécie de luxo para os efeminados. A diarreia nervosa, também, não exigia tratamento. O infeliz doente tinha apenas de se abster de ir à casa de banho.

INFLUÊNCIA ESTRANGEIRA

Somos, ou fomos, uma raça de individualistas. Como tal, estamos bem preparados para lidar com o estudo da personalidade. A medicina inglesa tem sofrido muito, nos últimos anos, de influências germânicas e americanas. A nossa tendência para a autodepreciação levou-nos a afastar-nos das nossas tradições, em que éramos preeminentes. O temperamento inglês é adequado à medicina. Tínhamos o jeito de entrar na pele dos outros. (É triste usar o pretérito, mas a nossa política pré-guerra não permite outro.) Este é o ingrediente principal do bom médico.

Os alemães são-nos inferiores como médicos práticos. Fomos enganados pela enorme quantidade de literatura que emana da Alemanha e da Áustria. Para um médico, é melhor ver do que escrever. (Sinto-me um pouco pecador, eu próprio, enquanto a minha caneta cambaleia obscenamente por estas páginas.) Muitas universidades alemãs exigem uma tese como requisito ordinário de qualificação. Essa literatura é, em grande parte, palavreado redundante. O bom clínico, amaldiçoado pela praga da autoexpressão, vê muito, pensa mais e escreve pouco. Compare-se Hipócrates e Thomas Sydenham com os esforços elefantinos dos *Herr Professors*.

O alemão está preocupado com a ordem por causa do estado desordenado da sua própria mente. Gosta de classificar. Os seres humanos resistem à classificação. É significativo que a delineação dura de tipos de personalidade tenha sido tentada sobretudo por teutões como Ernst Kretschmer e Carl Jung. Precisamos imperiosamente do estudo da personalidade. Mas não podemos dar-nos ao luxo de conceitos rígidos e artificiais do pensamento germânico. Quando, finalmente, estudarmos a personalidade total na doença, teremos de o fazer como clínicos e não como avaliadores médicos de "lotes" de mercadoria.

Exponentes ingleses cautelosos do princípio teutónico percebem que a doença, mais do que o homem, é matéria pronta para classificação. Mesmo na medicina encontramos o nosso génio para o compromisso. Temos, por isso, uma escola florescente de investigadores, muito hábeis em separar novas entidades mórbidas, sobretudo nos campos da neurologia e da psiquiatria.

Não desvalorizo a classificação. Conceitos etiológicos claros são necessários para o tratamento futuro. Mas algumas das novas categorias de doença insultam a razão. Isto vê-se no seu pior na descrição de condições como "garganta de abrigo", "suburbanite", etc. Estamos a chegar a um ponto em que um novo fator etiológico é razão suficiente para descrever uma nova doença. E, no entanto, para os que ainda não foram submersos pela enxurrada de nomenclatura, é claro que, no futuro, teremos categorias mais simples de reação mórbida. É inevitável, porque classificaremos a doença em termos de disfunção dos principais sistemas do corpo, como o sistema nervoso e as glândulas endócrinas. Deixaremos de separar doenças de acordo com uma multidão de sintomas e sinais físicos.

O alemão não é intuitivo. Por isso, reduz-se a síntese laboriosa. Isto explica, em grande parte, os seus enormes feitos na técnica laboratorial. Mas isso não substitui a intuição. O alemão é meio técnico, meio místico. A psicanálise nasceu no mundo germânico. A psicanálise é misticismo com um toque de sanção científica. Também ela não consegue substituir as faculdades intuitivas.

Também sucumbimos em demasia à influência americana. A organização da medicina americana é soberba. Está amaldiçoada pelo desejo de correr segundo horários. A sua medicina preocupa-se demasiado em transformar doentes em fichas. São os pais espirituais dos lares de enfermagem e das clínicas de investigações intermináveis. Têm andado, há alguns anos, ocupados com uma ciência bastarda chamada psicometria. Esta pretende exprimir a psique em termos de matemática. Todos passámos por esta fase. Eu próprio escrevi, em tempos, um artigo sobre o diagnóstico diferencial da depressão usando fórmulas matemáticas. Se algum dia eu desenvolver delírios de indignidade, pedirei a Deus sobretudo perdão por este pecado atroz. Foi cometido na intemperança de uma adolescência prolongada.

Os americanos estão mais atormentados do que nós pelo médico bioquímico. Nós apanhámos isso, em grande parte, deles. Os americanos são um povo jovem. Vasculham o universo depressa demais. Tiram conclusões a partir de dados insignificantes. Inundam o mundo de panaceias, cada uma, por sua vez, moda de seis meses. São muito retrógrados na fome de específicos. Têm poucos erros de intenção e muitos de julgamento. E, no entanto, se produziram alguma das piores medicinas do mundo, também realizaram a melhor. O mais meritório de tudo: estão muito à nossa frente em ligar sintomas somáticos e estados mentais.

O MASSACRE DOS INOCENTES
EDUCAÇÃO MÉDICA

Tem de haver uma alteração radical na educação médica. A medicina é uma arte. Tem de ser ensinada como tal. Não conseguimos ensinar os estudantes a lidar com doentes. Mas podemos indicar a importância vital dessa qualidade.

Penso que a abordagem artística da medicina seria melhor fomentada exigindo um padrão mais alto de cultura geral aos estudantes de medicina. Isso, por razões económicas, é claramente impossível. Não defendo qualquer prolongamento do curso. Já é tão longo e dispendioso que impede o acesso de muitos membros das classes mais baixas — em quem teremos de confiar, em grande parte, no futuro, para a nossa reabilitação como raça.

Muito tempo valioso poderia ser poupado eliminando do currículo muita matéria completamente inútil para o médico médio. Atualmente temos um curso preliminar de química, física e biologia. Argumenta-se que a medicina está enraizada nestas ciências rudimentares. A utilidade da física é vaga; a da química é indiscutível. O nível exigido em ambas é demasiado elevado. Um padrão de matrícula, em vez de "certificado superior", seria suficiente.

A biologia é diferente. Consiste em botânica e zoologia. Todas as formas de conhecimento são úteis para quem lhes acha interesse. Nesta vida, não nos podemos dar ao luxo de tudo o que nos interessa. A botânica que aprendi foi totalmente inútil para mim como médico. A estrutura microscópica da couve não esclarece de modo algum a função da tiroide. A estrutura inteira do mesmo vegetal não ajuda no estudo do homem. A couve não sofre. Mesmo como psiquiatra, não ganhei nada com a botânica. O estudo da polinização ajuda pouco a lidar com problemas sexuais.

A zoologia é mais importante, mas não vejo razão para que não seja incorporada, em forma abreviada, no curso de fisiologia. Ao estudante de medicina interessa apenas a zoologia comparada. Com maior lógica, poderia ser ensinada como parte da fisiologia.

Que se ganha com a dissecação do cação e o estudo da erva? É pura hipocrisia dizer que isso tem qualquer valor direto para o médico. Nove em cada dez estudantes de medicina esquecem tudo, salvo ninharias, de zoologia, física e química quando se formam. O número de médicos que, ao fim de dez anos de prática, se lembram de um único detalhe do curso preliminar é negligenciável.

A razão mais séria que poderia, talvez, justificar tal desperdício de tempo é o argumento de que, no curso preliminar, se incutem hábitos científicos de

pensamento. Adquirir esses hábitos é, sem dúvida, bom; mas esse objetivo seria alcançado melhor por um estudo mais próximo da fisiologia humana. Os meus comentários sobre a importância do sistema endócrino e do sistema nervoso autónomo são apelo suficiente. Além disso, deveria haver instrução em fisiologia aplicada quando o estudante está efetivamente a trabalhar nas enfermarias. Isso deveria sublinhar, em especial, os acompanhantes fisiológicos dos estados emocionais.

Não nos podemos dar ao luxo de aprender apenas para adquirir hábitos. A substância do que aprendemos deve ser utilizada de modo útil na nossa forma de vida. Questiono seriamente se botânica, física e química são tão úteis como base quanto o seriam rudimentos de psicologia, ética, teologia e história social. Deus nos livre de eu defender cursos separados em cada um destes ramos do saber. Já temos cultura em comprimidos que chegue, e o enriquecimento desnecessário dos cofres universitários por gente atacada do vício de aprender cegamente, por aprender, é sempre um espetáculo patético. Mas deveríamos ter incorporado no nosso currículo uma secção de medicina social que integrasse os ensinamentos destas áreas.

A medicina social não deve ter derivações em qualquer credo político. Nem sequer deve ser ensinada do ponto de vista sociológico. Deve ensinar o efeito, na saúde, das crenças religiosas e filosóficas. Deve traçar a ligação entre morbidade e valores sociais. Deve delinear como padrões educativos, ao procurar elevar a mente, podem corromper o corpo. Deve ensinar não apenas doenças ocupacionais, mas como o ritmo geral da indústria induz morbidade. Deve, acima de tudo, revelar como a saúde do homem, tal como a sua felicidade, depende dos seus conceitos de propósito.

O ensino de anatomia é ridiculamente detalhado. Espalha-se por pelo menos três trimestres. Sempre lamentarei as horas que desperdicei na sala de anatomia em Oxford. Eu não tinha nenhuma das qualidades que fazem um anatomista. Os meus instrutores tiveram o cuidado de não me deixar dúvidas quanto a isso. Sob o impulso do orgulho, trabalhei muito e passei bem, através de proezas prodigiosas de memória como a anatomia estimula e que se encontram noutros lugares em certas marcas de imbecilidade. Ganhei, assim, uma distinção fugaz numa matéria que achei odiosa e que, exceto nas suas grandes linhas, me foi totalmente inútil.

Isto não é apenas uma opinião pessoal. A maioria dos estudantes detesta anatomia. Poderia ser tornada mais interessante e útil se fosse abreviada. Considero que a anatomia do sistema nervoso deveria ser ensinada com mais cuidado, para se ligar melhor à fisiologia e dar ao estudante uma melhor

compreensão da génese dos sintomas mórbidos. Fora isso, a anatomia — exceto para estudantes que queiram especialização — deveria limitar-se ao estudo da distribuição das principais vísceras e das ligações dos nervos principais.

Quanto à histologia patológica, o tempo passado a corar lâminas parece apenas uma tentativa, por parte das autoridades, de provar que a vida é interminável. Eu próprio tive o bom senso de não fazer coleção minha. Pedi emprestada a de um amigo e passei, de forma aceitável, à conta do esforço dele.

Estes prólogos científicos para a medicina estão exagerados. A medicina é uma arte. Para aprender a técnica de uma arte é necessário lidar com a sua matéria-prima o mais cedo possível. Na grande época da pintura, o acólito era cedo aprendiz de um mestre. Hoje, pelo menos em Inglaterra, frequenta escolas de arte até muito para lá da idade plástica. Os resultados são singularmente infelizes. Seria bom que os estudantes começassem a "andar pelos hospitais" mais cedo. Não é desvantagem que, ao início, se sintam perdidos e desnorteados. No sistema atual, sofremos a mesma convicção de impotência. Os estudantes seriam levados a confiar nas faculdades primitivas de observação. Isso seria vantajoso. Nada é mais ofuscante do que aproximarmo-nos dos doentes armados com algumas fórmulas pseudocientíficas e meio digeridas.

Se é necessária mais formação preliminar, então os estudos que contribuem para o conhecimento da natureza humana são mais importantes do que dissecar cações. Pode defender-se com bons argumentos um estudo racional das artes da literatura e do teatro, na medida em que retratam as variações da personalidade humana. A partir dos melhores dramaturgos e dos melhores romancistas, o estudante aprenderá conceções mais amplas e aplicáveis de psicologia humana do que as formadas vagamente na teia imponderável da teoria psicanalítica. Aprenderá que os homens não devem ser tomados pelo seu valor facial; que quem mais chora pode ser quem menos sofre; que a coragem é um armamento mais poderoso do que os fármacos; que o amor não é mais forte do que a morte, mas tem os benefícios e a paz da morte.

Mas a vida e o dinheiro são curtos. Poucos de nós começam a vida profissional com equipamento ideal. Temos de moldar as nossas ferramentas à medida que avançamos. Por isso — e também porque a literatura não substitui a vida — reitero que é melhor que, enquanto estudantes, enfrentemos mais cedo aqueles que são a matéria-prima da nossa arte. Mesmo que, ao início, nos sintamos confusos, devemos lembrar-nos de que, pela observação dedicada, podemos aprender lições que toda a perícia dos nossos professores nunca conseguirá interpretar. Afinal, na medicina, dois dons fundamentais e

intraduzíveis no ensino são descobrir quem sofre e reconhecer quem está prestes a morrer. Receio que demasiada pseudociência reduza estes dois essenciais ao nível de meros incidentes.

Quando o estudante passa, finalmente, a ter contacto com material clínico, os seus esforços são, em grande parte, mal orientados. É um completo anacronismo que se dê tanto tempo à cirurgia quanto à medicina. A vasta maioria dos médicos formados não faz trabalho cirúrgico. Para eles, a função principal do ensino cirúrgico é reconhecer condições que pertencem ao domínio do cirurgião. Este conhecimento não se adquire à pressa. Muito dele poderia, com vantagem, ser incorporado no ensino médico. As crises cirúrgicas são, excetuando acidentes, em larga medida o resultado final de condições médicas. A separação, como entidade distinta, da patologia cirúrgica é uma engenhoca ilógica.

O que mais se critica é o desperdício interminável de tempo no bloco operatório. É bom conhecer os procedimentos operatórios clássicos. É inútil pedir a estudantes já sobrecarregados com a necessidade de estudar tantas especialidades que observem repetições sem fim da mesma técnica.

Tanto nas enfermarias médicas como nas cirúrgicas, o estudante fica limitado pela tendência dos seus chefes para a especialização. O cirurgião para quem trabalha tem, muitas vezes, uma predileção especial por tiroidectomias. O médico pode "colecionar" casos de vesícula biliar. O infeliz estudante produz registos clínicos intermináveis, essencialmente todos iguais. Fazer histórias clínicas é uma das atividades mais importantes do médico. É sempre trabalhoso. Mas a repetição interminável das mesmas histórias "limpas" e bem recortadas é simplesmente desperdício.

A frequência de departamentos de especialidade, como radiografia, consome tempo que poderia ser melhor usado. O especialista em medicina é imprudente se não examinar e interpretar ele próprio as imagens que recebe do radiologista. O médico de família raramente tem tempo para adquirir tal proficiência. Além disso, o seu doente é muitas vezes radiografado por instigação do especialista que ele chamou.

Também na anestesia o estudante aprende todo o tipo de técnicas habilidosas que nunca usará na prática. É certo que todo o médico deve ser capaz de administrar anestesia. Se criarmos uma raça de médicos incapaz de lidar com qualquer emergência com competência razoável, estamos a prestar um desserviço à profissão e à comunidade. Mas, fora emergências, a organização da profissão hoje impede o médico de família de empregar técnicas

ou assumir responsabilidades que são normalmente do especialista. O médico de família que, salvo em prática rural ou em pequenas cidades, se apresenta como manipulador de aparelhos complexos de anestesia, ou que se propõe interpretar radiografias, fica numa posição social e profissionalmente insustentável. Se algo corre mal, "é com ele". Sendo assim, porquê carregá-lo com a necessidade de absorver tantas minúcias da especialização nos seus anos de estudante?

A terapêutica não é ensinada de modo adequado. Os clínicos indicam linhas de tratamento. E o estudante pode também divertir-se na farmácia do hospital a ver quão alto os seus comprimidos saltam. A técnica real de prescrever é negligenciada. Sou a última pessoa no mundo a defender dependência de fármacos. É precisamente pelo contrário que penso que o estudante deve receber instrução sólida em terapêutica. Estamos a criar uma raça de médicos que prescreve apenas medicamentos de marca. Muitos destes são úteis e certamente não piores do que remédios tradicionais usados há séculos. Mas esta forma de terapêutica está a tornar-nos mais inseguros quanto à ação fisiológica e ao uso correto dos poucos "pontos de amarra" que possuímos na terapêutica. E, em muitos casos, as preparações de marca não são grande avanço sobre os velhos pilares da Farmacopeia. Por exemplo, a beladona é provavelmente tão útil no alívio de muitos tipos de espasmo como o bellergal ou quaisquer derivados de bellafolina.

Não há dúvida, porém, de que as preparações mais recentes aliviam sintomas concretos muito melhor do que os seus precursores clássicos. Os fármacos usados hoje são muitas vezes belamente preparados e uma grande proporção atinge um padrão considerável de eficácia. Os médicos de hoje são, provavelmente, os melhores "cortadores de sintomas" que o mundo já conheceu. Do ponto de vista da fisiologia, a eliminação demasiado precipitada de sintomas é considerada duvidosa. Todos ponderámos quão aconselhável é inibir a febre, etc. Não estou a olhar para a supressão de sintomas sob esse ângulo. Cometemos pecados piores do que esta mera blasfémia fisiológica. A supressão de sintomas esconde ao doente os seus problemas fundamentais e os seus desajustamentos. Poupa ao médico o trabalho de os desfazer.

Mas os médicos são homens ocupados. Têm de lidar com contingências imediatas. A melhor forma de lidar com contingências é estudar o pano de fundo em que surgem, para não apenas aliviar a situação imediata, mas prevenir recidivas. Devemos, por isso, passar mais tempo com os doentes nas duas primeiras consultas. Isto aplica-se sobretudo às doenças crónicas constitucionais. Qualquer médico honesto admitirá que estas, mais do que

outras, lhe consomem o tempo. Uma apreciação adequada das circunstâncias ambientais da doença ajudará a reduzir visitas posteriores. Fazemos mais visitas do que podemos dispensar aos nossos doentes crónicos privados. Se não podemos curar por completo as suas doenças, podemos armá-los melhor para combater as recidivas. Devem perceber os desajustamentos e os fatores ambientais e constitucionais adversos que os tornam propensos à doença. Devem aprender, se não a corrigir, pelo menos a contornar essas condições.

Quanta recidiva de sintomas em casos duodenais e tiroideus — para citar apenas dois exemplos — se deve à falta de explicação adequada e de instrução específica por parte do médico? Não adianta dizer que isto é calúnia à profissão. Acontece demasiadas vezes. Os médicos podem, em ambos os casos citados, impor os regimes mais elaborados quanto a dieta, repouso, etc. O doente pode repeti-los como uma ladainha. Mas pergunte-lhe como surgiu a condição e porque tende a recidivar. Não obtém resposta. Enquanto os médicos não estiverem dispostos a informar os doentes, de forma ousada e enfática, sobre os "pontos cegos" da sua constituição, haverá sofrimento desnecessário e um desperdício enorme de esforço médico. Não podemos estar constantemente ao lado do doente. Devíamos ensinar-lhe as suas falhas e os sintomas que delas resultam. Podemos incentivar a sua autossuficiência. Quando nos chama vezes demais, muitas vezes só temos a nós próprios a culpar.

Mas, acima de tudo, os próprios médicos devem ver a doença como reação do homem inteiro. Os seus sintomas são o protesto da personalidade total. É difícil ver como tais princípios podem penetrar rapidamente nos nossos hospitais de ensino. Infiltram-se mais facilmente nas mentes dos médicos de família. É pena que não tenhamos mais homens que se tornem especialistas passando primeiro pela medicina geral. Isto acontece mais nos Domínios e nas províncias em Inglaterra. Talvez a descentralização do pós-guerra ajude a alcançar esse objetivo desejável. Entretanto, convém lembrar a dívida que a profissão tem para com o médico geral provincial. Foi ele que construiu a nossa tradição como os mais finos clínicos e humanistas do mundo: Caleb Hillier Parry, William Heberden, Edward Jenner, James Mackenzie. Estes nomes serão lembrados quando os diligentes médicos-químicos já há muito tiverem passado ao limbo.

CAPÍTULO QUINZE
A ARTE DA MEDICINA E O CULTO DA VIOLÊNCIA

Em nenhuma etapa da história médica houve tanta atividade de investigação. Isto interessa bastante ao público. A era do cepticismo viu um grande crescimento do interesse pela ciência popular. O público exige explicações aos cientistas do mesmo modo que antes aceitava verdades dos teólogos. Quer também benefícios concretos. A descrença num mundo futuro inclina-nos a tirar o máximo deste. O público não se satisfaz em apreciar, ainda que um pouco, os objetivos da investigação médica. Quer resultados. Ainda não somos capazes de os fornecer suficientemente. Mas, por causa desta exigência pública de curas dramáticas, os médicos estão a fazer esforços febris e desacreditados para corresponder. Empregamos, com fervor irracional, toda a espécie de técnicas não científicas, ilógicas e perigosas.

Não há, nisto, qualquer elemento de má prática consciente. Acreditamos no que preferimos acreditar. É, afinal, reconfortante ver-nos como detentores de instrumentos curativos poderosos. E estamos também em perigo de acreditar que o que é novo é automaticamente valioso. Sugere-se uma nova cura. É pegada pelos jornais. Nós, tal como eles, levamo-la até à exaustão. A terapêutica "enviada do céu" desaparece do mapa em dois anos. Chega algo novo. Exaurimo-lo.

Em certa medida, isto sempre foi assim. O entusiasmo ultrapassa a razão na ciência como noutras coisas. A situação é pior hoje porque as nossas receitas infalíveis são muitas vezes violentas e, por vezes, letais. Pelo menos num departamento da medicina, num delírio de progresso, recuámos sem o saber ao nível dos médicos de sangrias e purgas de outros tempos.

Nos parágrafos seguintes falarei apenas das novas técnicas em psiquiatria. É o melhor departamento para estudar os excessos do pensamento novo. A possibilidade de cura em perturbações mentais é menor do que na maioria das outras doenças. Isto inclina os psiquiatras a maior violência terapêutica.

Nos últimos anos tivemos a terapêutica de choque por insulina e o tratamento por cardiazol e seus derivados. Agora temos estimulação elétrica do córtex motor. Estes métodos assentam na indução de convulsões. A técnica tem alguma mortalidade. Ocorrem fraturas numa proporção de casos. O tratamento é aterrador para os doentes. Alega-se uma taxa de recuperação gratificante. Se esta alegação for verdadeira, então estas técnicas têm alguma justificação. Eram anteriormente usadas sobretudo na esquizofrenia. Suponho que haja justificação para o uso de técnicas perigosas em doenças mentais incuráveis.

Mas os artigos que anunciaram estes métodos foram, em geral, escritos um tempo notavelmente curto depois de o tratamento ter sido administrado. Toda a gente sabe que ocorrem remissões longas independentemente do tratamento na esquizofrenia, tal como noutras doenças mentais.

Esta corrida apressada para a imprensa sobre novas técnicas é deplorável. Se abrir revistas médicas, quase sempre encontrará, no mesmo número, vários artigos com experiências de autores diferentes sobre o mesmo novo remédio. Isto não é investigação. Nem sequer indica, por parte dos autores, instintos científicos genuínos. É trabalho à pressa. Simboliza estar "na onda". Muitos autores afirmam ter observado os casos durante longos períodos após o tratamento. Mas, quando se veem seis artigos sobre cardiazol no mesmo número de uma revista médica, parece uma curiosa coincidência que os autores tenham interrompido, todos, as suas observações longas e devotadas ao mesmo tempo. E estas coincidências ocorrem vezes sem conta.

Os autores destes artigos são, na sua maioria, médicos institucionais. Os diretores clínicos incentivam com entusiasmo os jovens médicos apaixonados por estas técnicas dramáticas. Os hospitais psiquiátricos não se notabilizaram, no passado, por esforços terapêuticos. Uns quantos "trabalhos à pressa" no âmbito das terapêuticas de choque servem para corrigir essa reputação censurável. Em hospitais privados, a terapêutica de choque tem sido usada para encher camas que antes estavam vazias. Um pouco de escrita preliminar nas revistas ajuda o negócio.

Ora, não existe prova sólida de que estes métodos tenham uma taxa de recuperação que justifique os riscos associados. Em condições psicológicas, os critérios de melhoria são mais vagos do que noutros ramos da medicina. É fácil ver quando uma pneumonia resolve. As alterações mentais não se estimam com a mesma facilidade. É uma triste verdade que os psiquiatras observam, demasiadas vezes, aquilo que desejam observar. É uma tentativa patética de esconder uma impotência terapêutica relativa e inevitável. No estado atual do conhecimento, não conseguimos fazer muito para curar doentes mentais. É um alívio pensar o contrário. Mas a autossugestão é uma arma terapêutica pobre.

Dou um exemplo desta tendência para acreditar no desejável. Diz-se, acerca da nova terapêutica de choque elétrico, que os doentes não ficam aterrorizados. Esta "informação" vem dos médicos responsáveis. Os doentes contam outra história.

Mas o que mais incomoda é a própria justificação de tais tratamentos. Um dos principais argumentos a favor da terapêutica convulsiva na esquizofrenia é

que os esquizofrénicos raramente têm ataques. Têm-nos, até certo ponto, mas ninguém contestará a verdade geral desta "descoberta" notável. Porém, doentes com febre reumática e hemorroidas também não são habitualmente sujeitos a ataques. Podemos, portanto, antecipar uma era de iluminação em que todo o universo se contorcerá obedientemente em nome da terapêutica.

Nunca devemos depreciar a utilidade de agentes terapêuticos só porque não entendemos por completo a sua ação fisiológica. A questão é até que ponto estamos satisfeitos de que sejam úteis. Há poucos anos instituiu-se o choque por insulina. Hoje quase não se usa. Há dois verões, a convulsão por cardiazol precedeu a crise europeia. O primeiro está a morrer em brasas apagadas. O segundo ainda se mantém. Parece que até os seus expoentes mais fervorosos abandonaram a crença na utilidade destas técnicas.

Dou às convulsões induzidas eletricamente mais dezoito meses. No fim desse tempo, o seu brilho terá desaparecido. Já está a ser substituída por algo de maior valor dramático: o corte de feixes no cérebro para estados obsessivos e ansiosos. Quando se considera a etiologia da ansiedade e a sua origem em inúmeras causas viscerais e psicológicas, esta operação parece particularmente assustadora. Um defensor da técnica, entrevistado pela imprensa, disse, com um sorriso, que era possível que, após tal operação, o doente não se preocupasse "o suficiente". Este manuseamento grosseiro do sistema nervoso é um sinal ominoso. O sadismo da época infiltrou-se na mente de muitos praticantes de psiquiatria. Em breve defenderão a solução das preocupações do homem cortando as ligações entre os centros superiores e inferiores. Como animais descerebrados, estes infelizes doentes serão reduzidos ao nível biológico dos seus médicos.

Em breve já não será preciso que figuras vocais mal orientadas, como a "Dowager Duchess of Hamilton", levantem a voz contra a vivisseção de animais. Nós já a praticamos em seres humanos.

Recordo bem o caso de um doente com histeria de fixação, com dor uretral. Investigações exaustivas não encontraram causa física. Um neurologista, um psiquiatra e um cirurgião concluíram que não havia lesão orgânica. Depois de chegarem a essa conclusão, decidiram operar! Realizou-se uma cordotomia. A dor persistiu. O doente foi posteriormente tratado com convulsões elétricas, às quais sobreviveu. Morreu após o corte de feixes no cérebro. Repito que o único diagnóstico defensável era histeria — e esta não era apenas a minha opinião: era partilhada pelo melhor neurologista de Inglaterra.

O problema é que os defensores desta técnica de sangue-e-trovão adotam uma postura moral elevada. Condenam como negligentes os médicos que não recorrem a estas "facilidades" terapêuticas. Não creio que isto seja hipocrisia. Eles acreditam genuinamente na sua missão. É apenas mais um exemplo lamentável das atrocidades que se podem cometer quando os médicos falham em apreciar o fator personalidade e em reconhecer que a medicina é, antes de mais, uma arte.

A evolução destas técnicas não tem paralelo na história médica. A terapêutica convulsiva nasceu de uma ideia preconcebida. Depois foi experimentada em grandes grupos de esquizofrénicos. O choque elétrico começou em epiléticos e depois disparou salvas sobre esquizofrénicos e doentes com perturbação maníaco-depressiva. Aprendo agora, de um dos seus apoiantes mais entusiastas, que não é grande coisa na esquizofrenia — descreveu os seus bons efeitos como uma revelação há menos de um ano — mas é simplesmente "maravilhoso" na depressão após bombardeamentos. Não consigo acreditar seriamente que a depressão após bombardeamento seja condição tão intratável que tenha de ser tratada com terapêutica de choque. A vasta maioria dos doentes recuperará com rapidez razoável por meios racionais, sem ter as vértebras estaladas no processo.

Não estou a criticar a aplicação destas técnicas de choque em casos cuidadosamente selecionados — por exemplo, quando os doentes mostram deterioração psicológica constante apesar de tratamento cuidadoso, ou quando, em sujeitos psicóticos ou profundamente neuróticos, outras terapêuticas falharam e há razões sociais e económicas urgentes para travar o declínio e iniciar a melhoria o mais depressa possível. Existem psiquiatras excelentes e reputados que usam estes métodos. A minha discordância é com os médicos que praticam cada nova técnica em regime de grosso, expondo grandes grupos a uma conceção de terapêutica em "carga de cavalaria", sem discriminação adequada e com critérios nebulosos de adequação.

Há muitas versões de terapêutica de choque. Temos choque proteico e indução artificial de pirexia. Vieram e foram-se. Houve alguma vez uma época de improvisação tão violenta e de esquecimento tão rápido? O tratamento da paralisia geral por malária é o único método que, em alguma medida, resistiu ao teste do tempo. Algumas formas de terapêutica de choque inspiraram-se na observação de que a doença física tantas vezes melhora o estado mental dos doentes. Como argumentei noutro lugar, isto pode bem ser expressão da permutabilidade das doenças.

Vimos que um erro cardinal na medicina é a insistência de que possuímos específicos que tão evidentemente nos faltam. Tratamentos como o choque elétrico são uma reação violenta e intempestiva à perceção de que os específicos estão ausentes. Ambas as perspetivas estão erradas. Estaríamos melhor em admitir que, no impasse atual, há específicos para poucas condições e que o remédio é defender menos produção de morbidade no sistema social geral. Não podemos esperar encontrar específicos para muitas doenças enquanto a civilização continuar a bombardear as suas vítimas com uma barragem de estímulos nocivos que tende a manter a sua propensão para a doença.

CREPÚSCULO DE UMA ARTE

Insistimos, mais do que uma vez, que a medicina é uma arte cuja matéria-prima é a personalidade. Encontramos uma refutação terrível disto na colaboração demasiado voluntária entre médicos e publicistas na fabricação de novos nomes para condições que não são novas. "Dor de garganta de abrigo" é uma designação aterradora. Cobre diferentes tipos de doenças de garganta bem conhecidas, contraídas enquanto se reside em abrigos. Porque não "reumatismo ruivo" e "hemorróidas de Wiltshire"? Evacuados arrancados à cultura exclusiva de Bloomsbury para a escuridão exterior de Bristol tornam-se propensos a "suburbanite". Este orgulho na nomenclatura tem duas implicações. Primeiro, o drama da medicina está impregnado de patetice. Segundo, os médicos continuam a pensar nas doenças como entidades externas e desencarnadas, com algum contacto com o ambiente e nenhum com a personalidade.

Li num editorial do British Medical Journal de 7 de junho de 1941 que esta guerra não produziu novas doenças. Há algo de pungentemente masoquista nesta pequena frase. É necessário que esta guerra produza novas doenças? A última produziu? O "choque de guerra" foi uma doença nova? A histeria tem de mudar de descrição em diferentes épocas? Quantos casos de "choque de guerra" nunca ouviram rebentar um obus? A medicina do futuro simplificará este atual caldo confuso de doenças em muito menos reações biológicas do que as que hoje contemplamos.

O nosso declínio do ponto de vista artístico revela-se num simples folhear de revistas médicas. Estas estão sobrecarregadas com artigos de médicos institucionais e registos de grupo, com casos recolhidos em hospitais. Não encontramos com frequência artigos que exprimam a perspetiva artística e que apresentem um retrato clínico do indivíduo no auge da doença e a consequente

alteração da sua personalidade. Não vemos escrita vívida, inesquecível, ao estilo das descrições magistrais de William Osler sobre tifoide e tuberculose. Os editores exigem o estatístico. Pedem grupos de controlo. Desprezam as "cruezas" da observação visual.

As minhas observações sobre um tremor estriatal induzido por testosterona foram enviadas num artigo para uma certa revista. Foi devolvido sem comentário. As passagens salientes estavam marcadas com pontos de exclamação. Eu tinha observado esses sinais com os meus próprios olhos e não sou particularmente alucinado. Tenho poucas ilusões sobre a minha competência moderada. Não me queixo de que os editores tenham achado pouco do meu artigo. Afinal, trataram-me bem ao publicar largos trechos de matemática aplicada de terceira categoria, arrancada com dor do meu cérebro torturado. O mais importante é que o editor — firme crente em exibir os benefícios das convulsões elétricas em grupos de doentes — tenha achado as minhas observações individuais, cuidadosas, tão divertidamente ingénuas.

Estas formas violentas de terapêutica, acima referidas, têm uma característica comum interessante: aplicam-se especulativamente a grandes grupos. Quando uma determinada doença fica "esgotada", recrutam-se rapidamente outros pelotões, representativos de outras doenças. Quase parece que o terapeuta procura uma panaceia única e universal, uma espécie de pedra filosofal que cure todos os males.

Vemos a mesma tendência noutros departamentos da medicina para além da psiquiatria. A sulfanilamida é usada numa diversidade crescente de condições. Nenhum observador isento questionará a sua utilidade geral. Estamos, de facto, numa fase de transição em que nos afastamos de específicos especiais para males especiais. Até aqui, tudo bem. O uso da sulfanilamida é um exemplo saudável de uma tendência saudável.

Mas, ao contemplar estas técnicas psiquiátricas violentas, parece que um sentimento de insuficiência nos induziu a uma série de compensações violentas. Os nossos psiquiatras, não tendo sequer os específicos de que dispõem os médicos gerais, correram para o drama nas suas várias conceções de uma panaceia universal. Ninguém os censura por vislumbrarem uma terapêutica única de benefício universal. Que pena não ter sido tratamento de varanda — ou, pelo menos, humanidade disciplinada. Quando estamos pobres de curas e à procura de "cura-tudo", deveríamos escolher algo que faça sempre um pouco de bem e nunca faça mal.

CAPÍTULO DEZASSEIS
ORGANIZAÇÃO MÉDICA

Os serviços médicos estão mal organizados. Isto é reconhecido. Membros da profissão agitam-se por um Serviço Médico do Estado. O tipo de agitadores é tal que qualquer serviço estatal moldado aos seus desejos perpetuará os vícios do sistema atual e ainda o adornará com novos crimes contra a arte da medicina.

Os nossos hospitais deixaram, em grande medida, de ter fins curativos. Servem sobretudo para a recolha de casos invulgares de interesse diagnóstico. Há dois critérios principais que determinam a admissão de casos médicos.

Primeiro: o caso tem de ser de interesse invulgar. Isto justifica-se em hospitais de ensino. Os estudantes têm de ser instruídos nas doenças mais raras. Mas o número de hospitais de ensino é infinitamente pequeno em comparação com o resto. O médico de família pode encontrar exemplos destas doenças raras apenas uma vez em doze anos. Quando as encontra, pede opinião especializada. Dir-se-á que a raridade destas doenças e a existência de meios para obter pareceres de consultores não são razões suficientes para privar o estudante da oportunidade de as ver. Concordo. Mas tais doenças não devem ser "colecionadas" à custa das queixas comuns. É no estudo destas últimas que o estudante desenvolve hábitos de observação rigorosa que lhe serão úteis ao lidar com todas as condições.

Devemos lembrar, também, que encher hospitais com estes casos muitas vezes impede a admissão de casos precoces das doenças comuns. Quando os hospitais estão congestionados, casos iniciais de hipertiroidismo e úlcera duodenal, etc., são obrigados a esperar interminavelmente pela admissão. Muitas vezes, em casa, é impossível para esses doentes descansarem adequadamente e beneficiarem de tratamento médico. Vão arrastando a vida e, mais cedo ou mais tarde, acabam por precisar de operação. Uma provisão adequada para o tratamento precoce destes casos pouparia, mais tarde, a técnica violenta e derrotista da cirurgia.

No hospital fazemos o nosso melhor pelos casos com pior perspetiva. Demasiadas vezes fazemos o nosso pior pelos casos com bom prognóstico, se apanhados cedo.

Encontramos frequentemente enfermarias cheias de demasiados casos da mesma doença. Isto acontece muitas vezes para satisfazer as necessidades de um médico ansioso por escrever um artigo. Seria errado inibir tais atividades.

Precisamos de aumentar o nosso conhecimento. Mas também temos de tratar os doentes. É verdade que o aumento do conhecimento leva ao benefício futuro; mas, enquanto o adquirimos, os doentes precisam de tratamento.

Estas dificuldades poderiam resolver-se elevando o estatuto das enfermarias para crónicos e incuráveis. Os cargos médicos nessas instituições nunca tiveram grande prestígio. Consultores de primeira linha deveriam ser nomeados para elas, tal como para hospitais mais vocacionados para curar doentes com condições agudas. A humanidade e a ciência exigem-no.

Eu próprio nunca encontrei tanto material científico como em instituições dedicadas ao cuidado dos crónicos. Que não tenha sido bem aproveitado no passado deve-se ao facto de o médico institucional ter sido terapeuticamente inerte. A nomeação de consultores de primeira linha para tais instituições dar-lhes-ia material excelente para trabalho original e estimularia os médicos residentes.

O estado crítico do doente é o segundo critério de admissão hospitalar. As pretensões desses doentes são indiscutíveis. Penso que deveria haver hospitais especiais, ou alas hospitalares, para esse fim. No futuro, é imperativo que existam amplas facilidades hospitalares para o tratamento de casos precoces. Como já indiquei, em muitas das doenças crónicas e constitucionais — e para além dos tratamentos específicos de cada uma — existem certos requisitos terapêuticos comuns a todas: repouso, relaxamento, ar fresco e ambientes harmoniosos. Precisam de algo análogo a um regime de estância termal esclarecido. Tanta doença se torna crónica porque, nas fases iniciais, fatores domésticos e económicos não permitem ao doente obter descanso adequado, paz de espírito e relaxamento.

Custa-me aconselhar a construção de mais hospitais. Não são os memoriais mais adequados à sabedoria médica. Mas tal curso é necessário porque deixámos os hospitais tornar-se lugares onde casos desesperados vão morrer. Devíamos concebê-los como lugares para beneficiar os recuperáveis.

É trágico que tantos excelentes pequenos hospitais de aldeia pelo país tenham degenerado em campos de ação para o médico de família com inclinações cirúrgicas. Esses hospitais enchem-se de casos cirúrgicos. Excluem a mulher do lavrador que precisa de tratamento médico impossível em casa. Isto ajuda a enraizar o hábito da doença naqueles que deveríamos ajudar a curar.

A eficiência dos hospitais gerais é paralisada pela multiplicação de departamentos especiais de utilidade duvidosa. O dever principal de um hospital é assegurar uma provisão adequada de camas médicas “normais”. Esta

obrigação fundamental tem pouco valor dramático para comissões leigas e secretários leigos responsáveis pela administração hospitalar. Estes pensam em termos de tantas operações realizadas (resultados não mencionados), tantos anestésicos administrados e instalações elétricas e mecânicas grandiosas para tratamentos de benefício duvidoso. Há poucos hospitais no país onde não se encontre a combinação de uma lista de espera eterna com algum elefante branco dispendioso, instalado a enorme custo, num departamento especial.

Não discutirei a questão de um serviço médico estatal. Já derramei tinta e verbosidade sobre o assunto noutras ocasiões. É uma questão colossal. Merece um manual próprio. Não farei o catálogo de prós e contras. Farei apenas dois pontos.

Os seus principais defensores sublinham em excesso o aspeto científico da medicina. Exigem facilidades especializadas para todos. Isto seria admirável se desse ao público os serviços daquele que é o melhor tipo de consultor: o médico de família *por excelência*, como exemplificado por William Osler, Jonathan Hutchinson e Thomas Horder. Homens assim, dotados em todos os aspetos científicos da medicina, alcançaram grandeza na apreciação do fator personalidade. Receio que a medicina atual não produza tais tipos em quantidade. Se a conceção de um serviço médico estatal estivesse nas mãos de homens como estes, sentir-nos-íamos mais tranquilos. Como está, só podemos olhar para o futuro com grande inquietação.

Procuro refrear qualquer impulso para dogmatizar, mas sinto que a tendência mais promissora na medicina moderna é a crescente apreciação do fator personalidade na indução da doença e na determinação da sua natureza. Não é fácil acreditar que o intelecto burocrático, determinado a instalar a medicina estatal e a moldar-lhe o padrão, tenha qualquer interesse nesta perspetiva. É possível que o progresso da medicina seja atrasado em dois séculos. Talvez estejamos prestes a uma idade das trevas — mais cega, mais impotente — mascarada sob o manto do esclarecimento.

Segundo: a organização da medicina será controlada pelo Estado. Como médicos, temos um dever urgente de ajudar a refazer um mundo novo. É um começo pouco auspicioso se, de imediato, nos curvamos às exigências burocráticas de uma época exausta.

CAPÍTULO DEZASSETE
A NATUREZA DA SAÚDE
FALÁCIAS DA PRESCRIÇÃO-PADRÃO

Regimes planeados com razoabilidade — incluindo ar livre, atenção a fatores dietéticos e exercício — têm valor universal. Não é fácil encontrar circunstâncias em que os três primeiros sejam responsáveis por algum mal. Não se pode dizer o mesmo da vasta maioria dos auxiliares terapêuticos. E, no entanto, apesar da utilidade ubíqua destas quatro medidas, não se pode negar que muitas vezes não fazem mais do que adiar ou minimizar a doença em pessoas naturalmente frágeis. Por outro lado, muitas pessoas sedentárias, com hábitos pouco higiénicos, que nunca fazem exercício e vivem atrás de janelas fechadas, continuam a gozar de plena saúde.

Em Inglaterra, o cultivo da saúde faz-se sobretudo através do exercício. A nossa busca da saúde é muitas vezes estranhamente desequilibrada. Na escola, é muitas vezes usada como antídoto violento contra o pecado original. Os rapazes jogam futebol não só para alcançar grandeza moral, mas para evitar maus hábitos. Contudo, um aumento da saúde "animal" normalmente alimenta o desejo. Este facto escapa à atenção dos mestres.

A nossa conceção de cultura física implica, em grande medida, exercícios destinados a aumentar o tónus muscular. Isto é irracional. Em geral, os músculos da maioria das pessoas estão anormalmente tensos devido ao nosso modo de vida atual. A maioria precisa de relaxar os músculos. Sempre houve uma proporção da comunidade disposta a praticar "ginástica". Poucos têm qualquer conceção da natureza e dos objetivos dos exercícios de relaxamento.

Os exercícios usados habitualmente na cultura física são muitas vezes assustadoramente pouco fisiológicos. O termo "sacudidelas" descreve bem a sua natureza. São frequentemente bruscos e sem ritmo. A administração deliberada de choques à musculatura é contrária a todas as reações fisiológicas naturais.

Devemos lembrar, também, que a cultura física atrai especialmente neuróticos. O desejo de compensar um sentimento de inferioridade exprime-se muitas vezes no desenvolvimento de camadas de músculo. Estes "musculados"…

Os homens "perfeitos" com músculos gigantestos são, muitas vezes, neuróticos com sentimentos de inferioridade. A cultura física é um campo óbvio para certos tipos de hipocondríaco. É fácil ver como alguns obsessivos exprimem

o seu desejo de perfeição no cultivo estudado da própria saúde. Este fator neurótico leva o adepto da cultura física a reagir em excesso. Consegue melhor musculatura. A saúde mantém-se vulnerável.

Sinto que há, demasiadas vezes, este elemento de neurose na cultura física "da moda", tal como é praticada por indivíduos. Não é apenas por ser um canal óbvio para a expressão — e por vezes para a correção — de tendências neuróticas. Mais importantes são os seus objetivos, quer não confessados, quer expressos nos textos moralistas e vagos que acompanham muitos manuais de cultura física. Está sempre implícita a ideia de que a cultura física é mais uma arma na batalha da vida. Nós já batalhamos demais. Estes sistemas também insistem no que chamam castidade. Já somos, em consciência, reprimidos o suficiente. Estes sistemas encorajam o homem a evitar os seus prazeres. Já temos poucos que chegue. Há muitos disponíveis; tornámo-nos é incapazes de os usar devidamente.

A cultura física teve o seu auge há trinta ou quarenta anos. Surgiu numa época em que os homens acreditavam que o sucesso era um dever cristão, que o fracasso profissional era sinal de perversão moral, que Deus era membro da Bolsa e que a masturbação apodrecia o cérebro. A cultura física traz as cicatrizes dos erros desse período.

Os sistemas de cultura física em base comunitária parecem evitar muitos dos piores erros dos sistemas mais antigos. Ainda assim, são bastante maus. Os programas de "ginástica" da BBC ficam longe de ser de primeira ordem. Houve uma instrutora, particularmente desastrosa, com uma voz como uma serra de arco. As suas sessões não incluíam qualquer instrução sobre respiração. Ora, a respiração é essencial, não só para aumentar a oxigenação por inspiração profunda, mas porque expirações profundas são um excelente método para induzir relaxamento de músculos e mente.

Os jogos organizados estão melhor. Estão mais tingidos de prazer. O sistema de escolas públicas, infelizmente, faz algo para apagar esta virtude. Aprende-se que é mais nobre jogar do que não jogar. Uma grandeza moral falsa é menos saudável do que prazer e relaxamento. Muitos homens das escolas públicas, e outros, só retiram prazer real dos seus jogos muito depois de deixarem a escola ou a universidade. Um ténis de terceira categoria, desorganizado, é mais benéfico do que um râguebi de primeira categoria com pouco gozo e um objetivo moral.

Os jogos organizados, na idade escolar, têm duas grandes desvantagens. Primeiro, não há gradações suficientes no tipo de jogo para se ajustar a

variedades de físico e temperamento. Ou é râguebi ou estudo da natureza, críquete ou escuteiros. Muitos rapazes demasiado frágeis para jogos exigentes preferem esforçar-se a jogar râguebi a carregar para sempre a deplorável insígnia da botânica de campo. Segundo, os jogos escolares habituais são muitas vezes demasiado tónicos por natureza. Quando praticados por peritos, são rítmicos, relaxantes e verdadeiramente harmoniosos no melhor sentido grego. Há, afinal, algo de belo na visão de alguém a mover-se como Obolensky num campo de futebol.

Mas nem todos podem alcançar a perfeição do atleta natural — isto é, aquele que usa os músculos de forma económica, harmoniosa, com um mínimo de esforço. O *scrum* do râguebi é demasiadas vezes uma saída para a aplicação rígida, pesada, "às cegas", do peso. No futebol, a perna, ao rematar, é muitas vezes travada antes de completar o seu arco. É possível atingir destaque no críquete com uma técnica rígida, firmada, e inibida. Deus sabe que o vimos o suficiente em batedores profissionais nos últimos anos: eles, os assalariados herdeiros do nosso jogo nacional, foram a encarnação física e mental viva da neurose nacional do "segurança primeiro".

Para a pessoa comum, jogos como ténis e natação são provavelmente mais relaxantes e, por isso, mais vantajosos.

Os adeptos do culto do exercício cometem muitas blasfémias fisiológicas e, ao fazê-lo, alimentam círculos viciosos. Por exemplo, sustenta-se que a condição chamada "fígado" se associa a falta de exercício e excesso de comida. Muitas vezes é assim; mas, sobretudo, é sinal de fadiga. E muitas pessoas sedentárias com "fígado" são, na verdade, pessoas excessivamente ativas no plano mental. Além disso, é uma aflição de equipas de remo. Pode dizer-se que aí é expressão de fadiga física. Mas é muito enganador falar de fadiga física e mental. A fadiga é um produto final do esforço que atinge toda a psique. Exprime-se em fatores físicos e mentais, embora, no início, como acontece com a maioria dos processos mórbidos, seja primariamente mental na origem. Isto é necessariamente assim, porque a emoção mórbida é o precipitante mais comum da doença, seja ela qual for.

Sendo assim, o tratamento da fadiga é essencialmente a correção da condição mórbida que a induz. O exercício regular ao ar livre pode curar o "fígado" em sedentários porque implica pausa e férias. O "fígado" do remador associa-se ao enorme gasto de energia física, mas é essencialmente causado pelo esforço do treino, pelo constante "chegar mais alto", com a tensão da antecipação como fator adicional. Atletas que têm "fígado" em treino são melhor tratados deixando-os estar estendidos um ou dois dias — isto é,

prescrevendo aquilo que tradicionalmente (e erradamente) se supõe provocar ataques de "fígado".

Ao concluir estas observações sobre o exercício, convém lembrar que o atleta treinado é uma proposta muito vulnerável do ponto de vista psicológico (ver Capítulo X).

Insiste-se que dietas equilibradas e a ingestão de vitaminas são necessárias para a saúde perfeita. Nunca deixo de salientar o fator vitamina nas crianças que trato. Lamento que já não se consiga obter sumo de laranja para os meus próprios filhos. Penso que fui aterrorizado pelo contacto com os mais diligentes e encantadores dos bioquímicos: o laicado americano. Estas pessoas deliciosas, a percorrer incansavelmente as cidades da Europa armadas com guias e comprimidos de vitaminas — que partilham com tal boa vontade que é falta de educação recusar — influenciaram a minha visão das vitaminas.

Mas há evidência considerável de que dieta variada e vitaminas em abundância não são necessárias para uma saúde perfeita. A Noruega fornece à Europa provavelmente os melhores tipos físicos. O norueguês comum vive em grande parte de batatas e peixe salgado. O habitante das Terras Altas do noroeste, outro indivíduo de "superfísico", alimenta-se pouco melhor. Algumas populações nativas, notórias pela resistência e pelo trabalho incansável, baseiam-se num ou dois alimentos de base. Nessas comunidades, em certa medida, só os aptos sobrevivem, deixando um stock puro e não degenerado. Mas isto não é, de todo, uma regra universal. Se fosse, esperaríamos encontrar, a par dos bons tipos físicos, uma mortalidade alta na infância e no início da vida. Muitas vezes encontramos, mas nem sempre. A mortalidade infantil é baixa na Noruega.

Aproximamo-nos mais da verdade estudando o tipo de vida dessas comunidades onde coexistem bom físico, alta resistência à doença e alimentação "inadequada" segundo os critérios dos dietistas. Praticamente todos esses stocks têm ocupações ao ar livre. O montanhês pesca ou cultiva. O norueguês também — e, além disso, é fortemente dado ao mar. Há evidência abundante de que a exposição contínua a ar e sol produz um teor de vitaminas adequado nos tecidos, mesmo que a dieta seja pobre em fatores acessórios. Aprendemos que, no raquitismo, o sol pode em grande medida substituir o tratamento mais estritamente médico que prescrevemos.

É significativo que stocks noruegueses e das Terras Altas não aguentem de forma notável condições urbanas "a alta rotação". Tornam-se propensos a

tuberculose. Dão no álcool. Adquirem perturbações psicológicas. O seu teor vitamínico pode ser adequado quando levam o que se chama vida natural.

Mas há um segundo ponto, mais importante, na questão do aporte vitamínico adequado. Um nível de vitaminas suficiente para pescadores e marinheiros pode ser insuficiente para a existência mais intelectualizada que caracteriza a sociedade moderna. Estamos, afinal, a acumular evidência sobre a importância particular da terapêutica vitamínica em doenças nervosas e psicológicas. A vitamina B é especialmente útil na neurite, orgânica ou funcional. (À luz da minha conceção mais ampla de disposição neuropática, e porque a neurite é muitas vezes parte da diátese reumática — essencialmente uma condição de esforço — sinto-me justificado em falar dela aqui.) É também um adjuvante inestimável em casos de desnutrição extrema que ocorrem em algumas doenças mentais, sobretudo em condições melancólicas senis, e que quase parecem uma versão adulta do marasmo.

A vitamina B, também, é de grande valor na neurite periférica devida ao álcool. Quando o norueguês ou o montanhês, migrado para a cidade, pega no álcool, é bem possível que o seu efeito particularmente deletério nele se deva, em parte, ao facto de os seus tecidos estarem habituados a um teor de vitamina B abaixo do requerido para a vida urbana e industrial. O ácido nicotínico é muito útil em estados confusionais e outras psicoses, etc.

O fator vitamina revela-se importante não apenas em condições diretamente associadas a doenças neuropáticas, mas também em doenças físicas com fortes derivações psicológicas. Por exemplo, na úlcera duodenal, postula-se a deficiência vitamínica como fator causal adicional. A ideia de que o estudo cuidadoso da dieta é essencial para a saúde é, em larga medida, difundida por quem tem, por natureza, más digestões.

O ar fresco é um dos fatores mais universalmente benéficos. Não discutirei porquê. Nem abordarei as variedades e usos desta terapêutica. No entanto, muitas pessoas mantêm-se perfeitamente bem nos bairros mais mal ventilados. As pessoas naturalmente saudáveis têm, muitas vezes, aversão ao ar fresco em casa. Isto aplica-se especialmente a quem vive ao ar livre e a quem pratica desportos de campo. O cavalo que esteve fora todo o dia gosta de uma cavalariça escura. Muitos fanáticos do ar fresco em casa são, na realidade, casos de claustrofobia. Não é tanto que desejem ar fresco *per se*; janelas abertas simbolizam liberdade e combatem o sentimento de estar fechado.

Já dei espaço suficiente ao repouso e ao relaxamento. Resta dizer que os médicos evitam escrever a prescrição positiva de repouso. Sabem muitas vezes

que os doentes desobedecerão. Fatores económicos forçam tantas vezes essa desobediência. Muitos doentes recuperam porque já foram postos na cama pelos familiares antes de o médico chegar. A intuição, o bom senso e a boa tradição antecipam a prescrição médica.

No entanto, com demasiada frequência, nenhuma quantidade de descanso consegue repor as energias esgotadas de personalidades neurasténicas. Em cada década produzimos cada vez mais neuróticos que necessitam, para o funcionamento feliz e saudável da sua psique, de uma quantidade de descanso que nem eles próprios nem a sociedade em que vivem podem suportar. Como poderia ser de outra forma, sabendo-se que a hereditariedade desempenha um papel tão importante na doença e que os traços herdados são predominantemente transmitidos através de falhas e aberrações do sistema nervoso, o guia e regulador da nossa psique, através do qual apreendemos ou geramos a fadiga?

Mais adiante neste capítulo farei algumas breves referências finais a este tema do descanso e do relaxamento. A necessidade premente do assunto justifica a reiteração do tema.

A Psicologia da Saúde

É claro, portanto, que programas com uma distribuição adequada de ar fresco, descanso e exercício, com cuidadosa consideração dos fatores dietéticos, não constituem, de modo algum, os únicos requisitos para a saúde.

A atitude mental e a filosofia do doente são de enorme importância. Isto é evidente do ponto de vista lógico, porque a saúde é uma sensação subjetiva complexa. A filosofia de um homem pode ser determinada por sensações subjetivas semelhantes. Após uma boa refeição, bem digerida, experimentamos sensações viscerais de saciedade e repouso gástrico, bem como um sentimento mais generalizado de bem-estar. Algumas pessoas têm uma experiência mais prolongada desse tipo de sensações. Tendem a ser razoáveis, equilibradas e calmas. São filósofos naturais.

Pelo contrário, cultos da ambição e credos de mortificação pessoal impelem o corpo assediado a excessos cada vez maiores. Já não é capaz de produzir sensações gástricas agradáveis no processo da digestão. Os seus músculos excessivamente tensos não conseguem evocar aquelas sensações cinestésicas prazerosas que constituem as principais bases e os principais indutores do repouso físico e mental. O resultado é que o indivíduo não

consegue alcançar uma sensação razoável de bem-estar. É, portanto, doente. Sofre desta condição indesejável porque sente que sofre, e a saúde é essencialmente um sentimento.

Gostaria que os médicos reconhecessem mais o aspeto subjetivo da saúde. É irracional diagnosticar homens como aptos apenas porque não se revela nenhuma lesão demonstrável. No entanto, isso é frequentemente feito. Sou a última pessoa no mundo com qualquer impulso para sobrediagnosticar ou rotular em excesso. Confiar excessivamente nos sintomas objetivos, excluindo os sentimentos subjetivos do doente, é suficientemente seguro em muitos tipos de neuroses. A nossa função, aqui, é muitas vezes persuadir o doente de que se sente melhor quando sabemos que não se sente. Adotar a mesma atitude em condições mais físicas é, muitas vezes, lamentável. Falseia a nossa compreensão da doença. Leva-nos frequentemente a perder por completo o prelúdio funcional das condições orgânicas.

O facto de a saúde ser em grande medida uma experiência subjetiva torna-a enormemente dependente de fatores psicológicos. Estes últimos são inumeráveis. Quando não tentámos sequer suscitar um ou dois deles, é uma insensatez descrever o nosso doente como são apenas porque os sinais físicos estão ausentes. Ao fazê-lo, perdemos os sussurros premonitórios da doença física.

Inferências muito falaciosas sobre a saúde são retiradas da observação de grandes grupos submetidos a sistemas de melhoria física. O treino militar é um bom exemplo. É proveitoso estudar os seus efeitos. A grande maioria dos recrutas, nos primeiros dois ou três meses, apresenta uma enorme melhoria da constituição física e da saúde. Isto é corretamente atribuído, entre outras coisas, ao ar fresco, a melhor alimentação, exercício regular e descanso, etc. Mas, quando o treino termina e começa a campanha, surgem aquartelamentos insalubres, alimentação má ou escassa a intervalos irregulares, sono gravemente interrompido, etc. Além disso, há períodos de medo intenso e o brutal bombardeamento dos sentidos pela artilharia, pelos bombardeamentos aéreos, etc. Apesar destes fatores adversos, a melhoria da saúde mantém-se na grande maioria.

Não nos apercebemos suficientemente de que, apesar dos horrores periódicos que experimenta, a profissão das armas tem vantagens psicológicas em comparação com as ocupações civis do nosso tempo. Estas vantagens exercem uma influência considerável sobre a saúde.

Após o alistamento, o soldado é uma unidade. A sua responsabilidade individual é posta de lado. Se tem mulher e filhos, lamenta a separação deles. Aceita-a com resignação adequada. Sofre menos do que quando, na vida civil, a consciência lhe lembra que o dinheiro é curto e que tem de os sustentar. O seu sentido social já não é perturbado pela necessidade de manter aparências. Em suma, torna-se fatalista. O fatalismo é, muitas vezes, uma palavra-passe para a saúde.

Além disso, o soldado vive segundo os seus instintos mais simples. Considera-o menos desgastante do que as condições da vida civil. (Isto é frequentemente descoberto quase com êxtase por pessoas retiradas para o exército de ocupações intelectualizadas ou administrativas.) Os seus prazeres são mais significativos. Entrega-se a eles por completo. Cada momento roubado ao prazer é algo ganho ao destino. Encontra alegria em simplicidades antes ignoradas. Descobre prazer até numa oportunidade de descansar. A sua atitude perante a sensorialidade é melhor do que a nossa, apesar da dureza da sua vida, dos seus perigos e da forte possibilidade da sua extinção. Privado dos prazeres que lhe seriam possíveis como civil, encontra alegria intensa em trivialidades. Abandona-se a estas com uma plenitude que raramente conhecera antes. Encontra repouso numa atmosfera de horror. É patético que só aprendamos a viver quando estamos prestes a morrer.

Fatores como estes, agora delineados, são tão importantes como o ar fresco, o exercício, etc., na manutenção da saúde do soldado.

Na vida civil, também, a saúde depende em grande medida do fator responsabilidade. Na medicina suportamos fardos onerosos. A perspetiva de vida dos médicos é pobre. Os professores têm o grave dever da formação do caráter dos jovens. A profissão está saturada de neurose.

O grau de segurança de que o indivíduo desfruta exerce uma influência enorme sobre a saúde. As ocupações em que os salários se baseiam no pagamento do que é comercializável são, na sua maioria, pouco saudáveis. O jornalismo era uma profissão mortífera nos tempos em que o pagamento era diretamente proporcional ao espaço ocupado. Por outro lado, os pensionistas, particularmente quando a pensão começa na meia-idade, vivem muito e estão relativamente livres de doença. O mesmo se aplica, em grande medida, às pessoas com rendimentos privados.

CLIMA

O fator climático era considerado pelos gregos de importância primordial. Em Inglaterra, os nossos estudos climáticos são muito rudimentares. Sabemos que nos trópicos existe uma diversidade de doenças que aqui não se encontram. Sabemos que, em relação ao continente europeu, nestas ilhas somos particularmente afetados por reumatismo e doenças do tórax. O público em geral sabe que alguns lugares são revigorantes e outros não. Neste aspeto, uma parte considerável da profissão está menos instruída do que o público.

Na convalescença lenta após uma doença não demasiado grave, o médico sublinha os benefícios do ar do mar. Aconselhará que um local a sul, como Torquay, é adequado para vítimas de bronquite crónica. Os seus estudos meteorológicos raramente vão além de considerações tão rudimentares como estas e, em geral, limita-se às doenças reumáticas e do tórax. Mesmo no nosso atual estado de conhecimento, há outras doenças físicas influenciadas pelo clima. A úlcera duodenal e a hipercloridria pertencem a esta categoria. A reação aos ventos frios de leste é um auxílio diagnóstico nestas condições.

A enxaqueca e as doenças do fígado são frequentes em climas relaxantes no oeste de Inglaterra. Estou convencido de que, em Bath e nas zonas baixas da sua vizinhança, variações climáticas, atualmente indefiníveis e inexplicáveis, causam perturbações hepáticas generalizadas, muitas vezes erradamente diagnosticadas como gripe gástrica. Encontrei fenómenos semelhantes num vale norueguês. Aí, as condições coincidiam com a diminuição do nível da água de um lago adjacente. Esta associação fora cuidadosamente observada durante anos e era inconfundível.

Os fatores climáticos podem ter um efeito geral. Podem ser tónicos ou relaxantes. Podem também induzir perturbações de função num órgão específico. O exemplo proverbial é o vento de leste a afetar o fígado. Mas há inúmeros efeitos intrincados e remotos atribuíveis ao clima. Doentes com erros de refração visual verificam que estes tendem a agravar-se mais rapidamente ao mudarem de residência do leste revigorante para o oeste relaxante. Isto deve-se possivelmente à perturbação da função hepática acima referida em climas relaxantes. Alguns produtos biliares circulantes têm um efeito tóxico sobre os músculos da acomodação. Em todo o caso, o exemplo acima ilustra os efeitos inesperados produzidos pelo clima.

Este fator desempenha um papel considerável nas condições psicológicas. De um modo geral, o sudoeste é desfavorável para depressivos constitucionais.

Estes dão-se bem no sudeste, na faixa costeira de Brighton a Worthing, ou nas colinas atrás dela. Também se dão bem na região de colinas mais a norte.

Estas são apenas algumas vagas intimações da importância do vasto tema do clima.

A Vida Moderna Viola as Leis Naturais

Em todas as comunidades, selvagens ou não, onde a vida apresenta mesmo os rudimentos de organização, existe um consenso muito considerável sobre princípios absolutamente fundamentais para a manutenção da saúde. Embora os europeus ocidentais possam deitar-se a uma hora diferente da escolhida pelos nativos africanos, todos consideramos apropriado recolher a uma hora fixa em relação ao crepúsculo e, nas diferentes estações, a uma hora relativamente constante após o pôr do sol. Reconhecemos esta regra mesmo quando o trabalho ou o prazer nos mantêm acordados até depois da meia-noite. Admitimos que "mantemos horários tardios".

Em todo o mundo reconhece-se que o homem não deve trabalhar sempre. Descansamos na Europa ao sétimo dia. Na América procede-se de modo semelhante. As diferenças de ambiente e de clima não alteram este hábito. Os judeus também têm o seu sábado. Em todo o mundo, as pessoas reconhecem a necessidade de pequenos descansos a intervalos curtos.

Ainda observamos o eco de um jejum quaresmal. Noutras partes do mundo, o homem usa o mesmo método para aliviar a congestão induzida pela relativa inércia do inverno. Os muçulmanos jejuam rigorosamente no Ramadão. Em Inglaterra, apenas os religiosos observam a Quaresma de forma estrita. Os restantes começam a alinhar. Fazemos curas de sumo de laranja em estabelecimentos dispendiosos durante semanas seguidas.

A alimentação é um fator mais variável. Difere de acordo com o clima ou as circunstâncias económicas. No entanto, no conjunto, considerando as diferenças de raça, religião, cor e clima, é notável que as leis que regem a saúde sejam tão semelhantes em todo o mundo.

Na civilização moderna há uma tendência crescente para quebrar estas leis. Trabalhamos de noite. Não interrompemos o dia a meio com um descanso à tarde. Deitamo-nos tarde.

Preferimos a luz solar artificial num sótão abafado da Harley Street à luz solar natural. A gordura excedentária é-nos retirada à pancada por assistentes

de banhos. Preferimos isto a fazer exercício. Desenvolvemos o intelectual e negligenciamos os aspetos físicos da nossa psique. A vida moderna viola as leis naturais. Fá-lo cada vez mais a cada década.

Como médicos, há muito deixámos de ensinar os requisitos da saúde. Nisto não somos mais culpados do que outros médicos, aqui e noutros lugares, noutras épocas. Exceto na Grécia, a medicina nunca tentou deliberadamente incutir nos doentes os princípios da higiene. Na idade clássica, esses princípios estavam incorporados no tratamento. Eram a sua âncora-mestra. Acabaremos por regressar a esta infiltração da terapêutica pelas leis da higiene. Imagino que ainda teremos de esperar mais tempo antes de ajudarmos as pessoas, como um todo, a viver de forma mais saudável. A prevenção vem sempre por último.

Alguns dos nossos métodos psicológicos modernos afastam-nos ainda mais das leis naturais. A psicanálise considera suficiente que o doente conheça o funcionamento da sua mente. Muitas vezes não dá quaisquer instruções quanto a descanso, sono ou exercício. Os médicos que o fazem são frequentemente encarados pelos analistas com algum desprezo. Isto é deplorável, nem que seja apenas porque existem muitas perturbações neuróticas em que o tratamento por métodos higiénicos continua a dar os melhores resultados.

Outro resultado desastroso da psicoterapia é apoiar a aplicação mais grosseira do tema do "domínio da mente sobre a matéria". Há uma tendência para desvalorizar fatores que, desde tempos imemoriais, foram considerados prejudiciais. Diz-se-nos que a insónia não causa mal real, nem a obstipação, nem o excesso de trabalho, porque, afinal, não existem, etc. Citam-se exemplos dramáticos, como cirurgiões a operar durante três dias e três noites sem efeitos nocivos, ou pessoas a trabalhar dias seguidos, totalmente privadas de sono. O sujeito, diz-se sempre, não sofre qualquer dano.

Mas é imprudente lançar borda fora a sabedoria acumulada de séculos. O indivíduo pode não apresentar sintomas imediatos após três dias de operações. Tudo depende da sua atitude mental. Se se revoltar contra a obrigação monstruosa que lhe é imposta, pode colapsar rapidamente. Por outro lado, é possível alcançar uma atitude mental tal, mesmo em trabalhos de grande responsabilidade, que não se experimente qualquer sensação consciente de tensão. Há tanto para fazer que tudo só pode ser realizado ao nível do reflexo mecânico. (Os médicos têm experiência pessoal deste tipo de reação quando trabalham em excesso durante epidemias.) Tornamo-nos servos do destino. E, assim, somos preservados. Mas tal adaptação só é possível para poucos. Para o resto — e são a vasta maioria — a garantia fútil e inexata de que a insónia "não

importa" só pode ter um efeito nefasto em gerações já demasiado propensas a viver de forma irracional e excessiva.

Tal ensinamento falacioso contradiz diretamente a experiência da última guerra, durante a qual aprendemos que, se for suficientemente pressionado, qualquer homem acabará por quebrar. Mesmo que o indivíduo, vivendo de modo tão irracional, não sofra efeitos nocivos, isso não significa que não empobreça a vitalidade disponível para a sua descendência. Grande parte desta retórica do "mente sobre a matéria, aguentar tudo" é a compensação de neuróticos presunçosos com sonhos napoleónicos. Gostam de ensiná-la. Dá-lhes sentimentos grandiosos. Suspeito que resistiriam mal aos excessos que recomendam aos outros. Há algum tempo reencontrei, após anos, um que ensinava aos seus alunos, eu incluído, a sua hipótese de que "o sono não importa". Nas semanas anteriores tinha havido algum bombardeamento aéreo noturno. Ele tinha um aspeto verdadeiramente horrível.

Grande parte deste desprezo dramático pelas leis fundamentais da saúde resulta da infiltração da medicina por princípios psicológicos mal digeridos. A psicanálise implica que a resolução dos nossos complexos interiores é tudo o que importa. Ajustem-se estes e ficamos imunes a danos. Os psicoterapeutas insistem também que o excesso de trabalho e o ritmo excessivo de vida não são causa de doença. Tudo, absolutamente tudo, é desajustamento. Pode-se trabalhar dia e noite se se estiver felizmente ajustado a isso. Mais uma vez, prefiro confiar na sabedoria dos séculos.

Aqui reside um perigo mortal da psiquiatria. Ela apresenta-se como o emblema por excelência da atitude progressista na medicina. O público vê-a dessa forma. Em alguns aspetos é excessivamente reacionária. Incentiva as pessoas a adaptarem-se a modos de vida anormais. A confusão disfarçada de esclarecimento é mais letal do que a simples estupidez.

TRABALHO E SAÚDE

É muito necessário discutir brevemente o aspeto quantitativo do trabalho em relação à saúde. Afinal, passamos mais de dois terços da nossa vida desperta entre trabalho e sono. A classe trabalhadora não trabalha tanto como os seus antepassados de duas a quatro gerações atrás. Trabalha certamente mais do que os camponeses antes da era industrial. Não se trata de venerar os bons velhos tempos, mas é indiscutível que coube à era industrial infligir as piores barbaridades às classes mais pobres. Para estas, o nível de vida era efetivamente mais elevado no século XVI do que em meados do século XIX.

As classes profissionais e empresariais trabalham, sem dúvida, mais arduamente. Mesmo que as horas não sejam efetivamente mais longas, o trabalho é mais intenso e competitivo. Apesar de as neuroses e as doenças constitucionais crónicas terem aumentado em simultâneo com o nosso labor mais intenso, continuamos afligidos pelo cliché: "O trabalho árduo nunca matou ninguém." Isto é uma falácia. É um resquício do individualismo agressivo e aventureiro da era industrial, quando os empregadores consideravam necessário não só trabalhar arduamente eles próprios, mas também exigir esforços excessivos dos seus servos. Na realidade, as pessoas em trabalhos leves vivem mais tempo. O clero anglicano é longevo. Não se pretende difamá-lo no seu conjunto, mas, sem dúvida, os seus deveres fixos são poucos, particularmente nas zonas rurais. E embora ninguém deseje minimizar os esforços dedicados de humildes sacerdotes nos bairros pobres e zonas industriais, o dispêndio de esforço clerical é, no conjunto, trivial quando comparado com o de uma profissão como a medicina.

Argumentámos que o descanso, o relaxamento e o prazer são fatores vitais para a saúde. É necessário admitir que o trabalho ocupa a maior parte do nosso tempo, em detrimento destas três necessidades. Incluindo o tempo gasto nas deslocações de e para o trabalho e o tempo consumido pelas refeições intermédias, a média em tempo de paz para horas de trabalho é provavelmente das oito e meia às seis. Médicos e membros de profissões igualmente árduas ficariam satisfeitos se pudessem considerar o seu dia de trabalho terminado às seis. No entanto, quando adoecemos de neurose ou psicose, somos em parte tratados com uma nova arma terapêutica chamada terapia ocupacional.

Esta implica o ensino de trabalhos manuais aos doentes. É de grande valor nos casos em que o doente sofre de falta de interesse, iniciativa e capacidade de concentração. Nessa medida, é útil em esquizofrénicos não demasiado deteriorados e na melancolia. Mas, como acontece com todos os novos tratamentos em psiquiatria — e em especial, tal como as formas de terapêutica de choque que já considerámos — os seus defensores reclamam para ela uma utilidade demasiado universal. Muitos doentes são neuróticos porque nunca aprenderam a descansar. Assim que dão sinais de o fazer, são arrastados para aprender algum trabalho manual que nunca voltarão a utilizar quando regressarem às suas funções, após uma recuperação atrasada pela terapia ocupacional.

Os obsessivos têm frequentemente um culto da perfeição. Os melancólicos típicos são conscienciosos e autoacusatórios. Para alguns destes doentes, a prescrição de trabalhos manuais não é terapia alguma. É um acréscimo à

sintomatologia e uma forma de crueldade. O obsessivo revela excesso de empenho no seu tear. O melancólico culpa-se pelos erros na confeção de tapetes e vê neles prova do pecado original. Muito do que se faz na terapia ocupacional exige tal grau de concentração que seria vetado por médicos conscienciosos a cuidar de doentes nas suas próprias casas.

Durante gerações, os homens reconheceram os efeitos nocivos do stress contínuo e do trabalho excessivo sobre a vida e a saúde. Os regimes capitalistas iniciaram a opinião de que o trabalho árduo não mata ninguém, uma hipótese lançada por uma nova classe que exigia longas horas de trabalho aos seus empregados. Os psicólogos consideram — e corretamente — que o desajustamento ao trabalho é mais produtor de doença do que o simples excesso de trabalho. Estas são conceções desequilibradas, opostas à ideia grega de as atividades humanas serem conduzidas em harmonia rítmica e ao seu ditame: "Conhece-te a ti mesmo e sê moderado em tudo."

Ora, embora seja claro que precisamos de mais descanso e de maior liberdade face ao stress mental, é igualmente certo que o homem terá de depender cada vez mais das atividades da mente. A ideia de que o regresso à chamada vida natural é uma cura infalível para todos os males humanos é uma falácia patética. Os cultos que defendem tais movimentos retrógrados são iniciados por neuróticos e tipos físicos de terceira ordem. Vi demasiados neuropatas perturbados libertados para a terra, transformando até a horticultura de mercado numa forma de frenesi. A minha curiosidade natural teria levado há muito tempo a uma colónia nudista, não fosse eu ter ouvido falar demasiado das articulações artríticas e das posturas desagradáveis que aí se observam.

Os cultos da natureza teriam um efeito inibidor sobre a cultura que, gostemos ou não, está associada à sofisticação e a padrões de existência cada vez mais urbanos. O resultado final da civilização não é nem o neurótico citadino nem o aldeão "natural".

Não podemos escapar à utilização crescente da mente que acompanha a civilização. Devemos assegurar que a mente seja empregue em maior harmonia com o corpo e não num domínio impiedoso sobre ele. A conceção de a mente dominar e conduzir a matéria é prejudicial. Produz sintomas referíveis tanto à mente como ao corpo. Desintegra a harmonia essencial da psique. Mente e corpo devem fundir-se ritmicamente. Devemos conduzir as nossas atividades diárias de forma mais relaxada.

Isto soa trivial. A verdade costuma soar assim. Os exemplos que cito estão igualmente tingidos de obviedade. Quando estamos cansados, conduzimos os nossos carros curvados para a frente, com os dedos a apertar o volante com força desnecessária. Não conduzimos melhor por isso, mas muito pior. Se relaxarmos conscientemente, conduzimos melhor e ficamos menos exaustos. Se precisamos de fazer uma sucessão de chamadas telefónicas, agarramos o auscultador como se fosse um martelo e enfiamos os dedos nos orifícios do disco como se estes fossem os olhos de Hitler. Quando a ligação se estabelece, falamos com uma pressão desnecessária e desperdiçamos energia em ênfase excessiva. Em todos estes casos, a agitação da mente exige um excesso físico sem sentido. Se relaxarmos conscientemente nessas tarefas, alcançamos maior eficiência e menor exaustão.

A conservação de energia nos domínios mecânicos gera maior eficiência e durabilidade. Existe uma lei da mecânica que consagra esta verdade. Ela aplica-se também ao organismo humano. Estas observações têm uma simplicidade irritante. Resigno-me à perspetiva de muitos as considerarem banais. Humildemente, afirmo que são apenas ramificações triviais de um conceito maior.

Quando os gregos defendiam o ideal de uma mente sã num corpo são, não imaginavam, de modo algum, o homem perfeito como um negociante tenso da bolsa até ao almoço de sábado e um castigador de bolas de golfe — e do seu corpo ainda mais torturado — ao fim de semana. Implicavam a coalescência rítmica do corpo e da mente. Isto está implícito na prática da euritmia, em que o corpo responde, com a musculatura relaxada, a impressões externas, geralmente música, recebidas pelos sentidos e transmitidas através do sistema nervoso.

Apercebemo-nos de que o génio atlético incorpora uma graça sem esforço, na qual mente, olho e músculo se sincronizam para um desempenho eficiente e económico. O problema é que não nos apercebemos de que essa mesma coalescência dos nossos diferentes atributos pode, e deve, ser alcançada nas atividades intelectuais e empresariais. Reconhecemos que, no desporto, um homem deve mover-se ritmicamente, ao brandir o taco de críquete, em resposta à bola que vê com os olhos e apreende com a mente. Os mesmos princípios saudáveis e económicos deveriam aplicar-se às ocupações mais exigentes do homem.

É ridículo que um homem apenas saiba estar e mover-se bem no domínio do atletismo. É mais necessário que o façamos no nosso trabalho, que ocupa muito mais do nosso tempo. O facto de não o fazermos revela-se no número de

posturas lamentáveis e de estados de tensão excessiva que vemos por toda a parte. E estas anomalias posturais e musculares são encarnações de psiques tensas e patológicas. São simultaneamente emblemas e associações da doença.

Quero frisar com clareza que, ao salientar a importância do relaxamento — praticado não só como técnica terapêutica, mas na vida quotidiana — estou plenamente consciente de que, durante anos, não podemos esperar qualquer diminuição da quantidade de trabalho que nos é atribuída. Importa reconhecer que uma técnica relaxada no trabalho promove não apenas a saúde, mas também uma maior eficiência. Graças a ela, conseguimos concentrar o pensamento e eliminar a preocupação. Não dissipamos energia excedentária em tensão inútil ou em exibições sem objetivo de "ímpeto". A técnica tensa e agitada é induzida pela neurose. Estaríamos melhor sem ela.

Não estou a pregar nenhum evangelho "mole". O relaxamento aumenta a força de vontade. Pode ser usado como prelúdio à autossugestão, para o fortalecimento do caráter e, por conseguinte, o desenvolvimento da vontade. As decisões tomadas em estado de relaxamento têm menor enviesamento emocional. São menos condicionadas pelo medo. A vontade e o "ímpeto", tal como hoje se entendem, são em grande parte uma impostura. Têm origem obsessiva. Os que mais se gabam deles, os que mais se orgulham da sua capacidade de continuar apesar desta ou daquela debilidade, são, na verdade, incapazes de vontade. Continuam porque não conseguem parar. Trabalham sem cessar porque não conseguem pensar. O seu deus é o trabalho, porque são incapazes da faculdade superior da alegria. A sociedade é determinada por pessoas assim.

Não esqueça que, em grande medida, o padrão da sociedade moderna — o nosso próprio governo — é determinado pelo anormal, pelo neurótico, pelo doente. Nos últimos anos, tivemos uma vaga de livros dedicados aos sintomas de doença dos presumivelmente grandes. Nesses registos de caso, vívidos, expressam-se diferentes perspetivas, mas o motivo subjacente é o de homens de génio a produzirem feitos soberbos apesar de enfermidades horríveis. Deve perceber-se que, aqui, muitas vezes não estamos a lidar com operações de vontade. Em muitos destes sujeitos, essas características são absolutamente integrantes e inseparáveis de temperamentos anormais. A ascensão feroz e febril ao poder dessas pessoas é uma compensação anormal da doença. A morbilidade tem, muitas vezes, um tremendo poder motivador na produção de feitos. Duvido que estejamos justificados em atribuir o adjetivo "grande" ao que é expressão de doença. A nossa justificação depende da utilidade social do feito. Mas tantos "Napoleões" sobreaquecidos que produzimos em colheitas tão

abundantes nada acrescentam ao sistema social, exceto máximas perniciosas, técnicas erradas de viver e exemplos encarnados da arte da autoilusão.

Talvez os Estados Unidos tenham produzido mais tipos destes do que nós. Em todo o caso, parecem estar a aprender a lição mais depressa do que nós. O relaxamento foi principalmente iniciado — e ainda é mais praticado — nos Estados Unidos. Já se disse, com razão, que os americanos, tendo sido os primeiros a aprender a ser tensos, foram também os primeiros a reconhecer a necessidade de relaxar.

A nossa tendência para pensar e agir com tensão, como resultado do nosso estado generalizado de ansiedade, é responsável por termos perdido, em grande medida, a arte da contemplação. Como disse, usamos a mente como se fosse um músculo. E, contudo, muitas das nossas ideias mais originais e construtivas surgem melhor num estado de relaxamento. É comum encontrar pessoas que pensam melhor de forma passiva, sem deliberação, num banho quente ou deitadas na cama. Creio que a compostura mental e muscular é um preliminar frequente do pensamento verdadeiramente original.

Não podemos agarrar ideias. Elas "vêm" até nós. Creio que o génio construtivo do pensamento reside, essencialmente, no esvaziamento preliminar da mente. Este é possivelmente o mais difícil de alcançar de todos os feitos mentais. É inato em poucos. Pode ser adquirido em certa medida — e, em muitos, através da aprendizagem do relaxamento, a arte da autocompostura deliberada.

Esta arte, porque a saúde é uma condição sensorial e subjetiva, oferece ao doente a possibilidade de induzir saúde em si próprio pela direção consciente da mente. Não se trata de uma hipótese vazia e não confirmada. Pode ser verificada clinicamente. A frequência do pulso e a pressão arterial podem ser reduzidas pelo relaxamento. A hiperacidez pode ser controlada. A dor pode ser abortada. Refiro-me sobretudo ao controlo de dores nervosas e de dores provenientes de doença visceral, mas ouvi falar de pelo menos um caso autêntico, em Inglaterra, em que se realizou uma extração dentária sem qualquer anestesia além da induzida por respiração profunda e relaxamento, e em que o dentista jurou que o doente não sentiu dor.

Esta questão de uma técnica de vida mais conscientemente relaxada está relacionada com o tema do hábito na saúde. Vimos que o padrão moderno de vida é propício à morbilidade, por violar as leis da saúde. Sabemos que muita doença é atribuível a mudanças de hábitos e de ocupações. Mas será que a

dependência da nossa saúde de bons hábitos se deve à nossa técnica tensa de viver?

Será, por exemplo, importante que nos deitemos cedo, descansemos periodicamente, tenhamos os nossos jogos e prazeres, os nossos fins de semana e férias, porque conduzimos as nossas atividades de trabalho com um excedente pródigo de energia devido à tensão excessiva? Teremos nós, nas últimas gerações, adquirido o hábito supremamente nocivo da tensão como concomitante daquele estado de ansiedade generalizada que, por sua vez, é sequela de objetivos irracionais e frustrações tolas com que estamos dispostos a torturar-nos?

Vimos que, nas crises extremas da guerra, os civis, convertidos em soldados, beneficiam primeiro dos hábitos saudáveis adquiridos e mantidos durante o treino. Depois, na campanha efetiva, em que a continuação de bons hábitos higiénicos é impossível, mantêm, em grau esmagador, a saúde, considerando os perigos a que estão expostos. (Isto aplica-se sobretudo aos que combatem na Europa. Em ambientes tropicais há outros fatores em jogo. Aí, não admira que muitos adoeçam. Surpreende que a maioria se mantenha saudável.)

O soldado, como vimos, é educado no fatalismo. Vive sem resistência. Fortalece-se apenas para lutar. Nos intervalos, a sua tensão é menor do que a dos provedores civis. Talvez, quando tivermos aprendido uma técnica de vida mais relaxada, quando resistirmos menos às intrusões do destino, venhamos a descobrir que o melhor hábito é não ter hábitos fixos de todo. Tal atitude expor-nos-ia, pelo menos, a menos danos decorrentes dos riscos mutáveis das circunstâncias e do ambiente. Até que esse dia chegue, porém, é melhor que a nossa civilização neuropática seja educada em hábitos corretos de saúde.

CAPÍTULO DEZOITO
MARCOS

Em certa medida, a revelação de abusos sugere o seu remédio. Indica as linhas gerais da reforma. Os detalhes ficam por considerar, mas esses detalhes exigiriam, pelo menos, o espaço de outro livro. Neste capítulo, limitar-me-ei ao mais amplo resumo das necessidades da sociedade. Corrigirei também quaisquer equívocos que possam surgir do estudo dos capítulos anteriores.

Defendi a necessidade de mais prazer, descanso e relaxamento. Pedi que a humanidade fosse libertada da praga da insegurança. Argumentei que o homem deve ser autorizado a adquirir a arte de viver e deve ser libertado das algemas da

religião organizada e da autoilusão. Reivindiquei, de facto, que tornar reais as aspirações da civilização é a necessidade primordial para a saúde.

Mas ser civilizado numa selva é um erro biológico. A doutrina que eu prego seria desastrosa num mundo com oitenta milhões de alemães capazes de retomar a qualquer momento a sua principal vocação: a barbárie. Assim como as condições que favorecem a maior saúde da comunidade devem ser obtidas por ação política, a sua própria génese depende da grave necessidade política de uma paz adequada. Tal paz deveria constituir um prelúdio apropriado à reconstrução biológica do mundo. Os seus termos deveriam basear-se primariamente nos traços principais da psicologia alemã. Estamos a lidar com um povo emocionalmente atrasado. Os seus caminhos de descarga são restritos. As suas atividades situam-se ao nível talâmico. Os seus centros superiores são mais do que adequados para o puro intelecto e para uma técnica soberba. Não adquiriram de forma segura os caminhos do autocontrolo e do juízo. Espero sinceramente e sem emoção que os cérebros dos seus super bandidos sejam preservados para exame patológico. Isso seria um objetivo primário de guerra num mundo racional.

Não me deixo de modo algum intimidar pelos sarcasmos daqueles psicólogos que veem no germanismo a arrogância de uma nação jovem que manteve, durante dois mil anos, o seu padrão típico de reações. Esta nação, sob qualquer ponto de vista da evolução biológica humana, deve ser considerada como refugo. Poderão ser curáveis, ao longo de muitas gerações, por preceitos morais apoiados impiedosamente pela força, mas ao lidar com eles devemos lembrar que é necessário recuar cerca de cem anos nos nossos métodos de correção, pois de outra forma o mundo inteiro ficará mergulhado nas trevas durante mil anos.

Referi-me frequentemente à Grécia antiga. Tentei avaliar de forma justa as realizações desta civilização. Não a idolatrei. Reconheço que, em grande medida, a Grécia era um Estado mantido pelo trabalho de escravos. Considero isso um destino apropriado para a nação alemã. Quando esta guerra terminar, não devemos, na nossa busca pelo super-ideal, pôr em risco a paz e a segurança da massa dos homens. A natureza é, em parte, cruel. Apresenta-nos o espetáculo de fenómenos selvagens. Devemos emendar a brutalidade da natureza esmagando as suas formas brutais. Estes mamíferos malformados devem ser relegados à categoria de sub-humanos. Lamento que não veja qualquer perspetiva de uma terapia verdadeiramente racional. A esterilização é o método mais humano e eficaz de lidar com o homem talâmico. Noutros lugares argumentei contra a aplicação de tais métodos aos neuropatas em geral, mas ao

lidar com estes últimos não devemos ser governados pelos princípios das categorias separadas da medicina, da ética e da religião. Ao lidar com a neuropatia devemos decidir o que é socialmente tolerável. Os alemães não o são, apesar da admiração que lhes é dispensada por sectores da aristocracia industrial e financeira da Grã-Bretanha.

Reconheço plenamente que há bons alemães. São afligidos por uma peculiar marca de humildade, na medida em que, quando as guerras começam, raramente estão em evidência. É deplorável que eles também sofram pelos pecados da maioria. Devemos aceitar isso tal como aceitamos o facto de que a peste, o tifo, a fome e até a própria guerra removem tantos daqueles que o mundo dificilmente pode dispensar.

Referi-me frequentemente ao planeamento biológico da existência. Não desejo que a vida seja ordenada segundo linhas frias e mecanicistas. O homem tem tendência para evoluir. Neste processo adquiriu um intelecto cujas descobertas ele é incapaz de suportar. Os animais inferiores nada sabem do destino. Não se dão conta de que hão de morrer. Nós sabemos que os nossos dias estão contados. Compreendemos agora que a nossa conceção de destino foi pateticamente adquirida para bordar os nossos sombrios horizontes com um pouco de ouro. Estamos a tornar-nos mais racionais. O ouro falso está a ficar um pouco fino. Devemos compreender que a vida é um dom, em si mesmo nem bom nem mau. É a nossa tendência ascendente que exige que ela seja boa.

O homem nunca aceitou a responsabilidade de moldar o padrão da sua vida. Confiou em influências diretoras exteriores, em Deus, no destino, em conceções grosseiras da força vital. Por isso crucificou-se a si mesmo e aos outros por hipóteses. Desperdiçou os seus dias em buscas frustradas da verdade. Viveu neste mundo fervilhante que, pelo menos, lhe dá, além da dor e da humilhação, os círios frescos do lilás na primavera e todo o ouro do outono. Pede realidades, com o sol no rosto e os pés na terra fecunda. Contudo, certamente a alegria e a tristeza cumprem, tanto quanto necessário, a definição de realidades.

Cada uma, na sua hora, possui-nos por completo. Cada uma tem também as implicações do destino, uma vez que a alegria é algo que desejamos que fique sempre connosco e a tristeza é algo que evitaríamos, se pudéssemos. É pois, razoável que, na nossa curta permanência, procuremos proporcionar tanta felicidade quanto possível a todos. A religião nunca fez isso. Sempre depreciou esta vida em relação ao mundo vindouro. Pregou as alegrias mórbidas da negação, a doutrina nauseante da alegria na dor. Menosprezou os prazeres sensoriais que, para a vasta maioria, são as principais fontes de alegria. A

filosofia tem pouco a oferecer. Apela a tão poucos, exceto aos filósofos da submissão do homem ao Estado, o que o reduz novamente ao nível animal.

O homem sempre aceitou a direção externa da sua vida. Ela deve vir de dentro. Deve emendar a vida às suas necessidades. Deve dar-lhe um novo significado. Deve considerá-la como fonte de felicidade. Deve estimar as suas horas e anos como a matéria-prima da suprema arte, o dom da vida feliz. Para cada homem a vida adquirirá diferentes matizes de significado. Acreditamos de acordo com as nossas capacidades. Mas para o homem honesto a mola mestra do esforço humano é sempre desta natureza.

"Desejo apenas o dom da felicidade. Desejo-o para mim e para os outros."

Essa felicidade só será concedida ao homem se lhe for possível repousar mais nos seus prazeres sensoriais e encontrar satisfação nos seus objetivos menores. Para isso, precisa de segurança. Esta é-lhe negada. Os alicerces e os males da sociedade assentam, em igual medida, na autoafirmação e na aquisição; e ambas, apresentando-se à observação superficial como evidências de segurança, são sinais de insegurança e tentativas rudimentares de a tratar.

A reconstrução do mundo dependerá, acima de tudo, da diminuição relativa da autoafirmação e da aquisição na sociedade. Como será isto alcançado? Pela educação? Isso é demasiado lento. A amarga experiência ensinou-nos que a "inevitabilidade da gradualidade" só pode ser praticada num mundo em que todos os homens tenham atingido um grau igual de civilização. O padrão da sociedade deve ser ordenado por lei, para refrear os impulsos humanos de adquirir em excesso ou de afirmar o seu sentido de poder. Não sou comunista, nem sequer socialista. Defendo isto sem qualquer ponto de vista político, mas porque aprendi que, na autoafirmação e na aquisição, estão as raízes da doença.

A direção da sociedade está nas mãos dos que mais se encontram infetados pela praga da insegurança. Isto explica por que razão o nosso código legal e moral apoia e incentiva a prática mórbida de fortalecer a moral tornando sagrados os produtos da autoafirmação e da aquisição. A nossa conceção de crime reflete, sobretudo, o nosso sentido de propriedade.

O mundo nunca será ordenado com bom senso enquanto os seus dirigentes não forem recrutados entre naturezas autossuficientes, que primeiro se tenham justificado onde a competição é aberta e a oposição forte. Um governo de homens capazes de se sustentarem pelos próprios meios deve acrescentar vigor à perspetiva nacional. Devemos perceber que, para governar

outros, temos de confiar em homens que aprenderam a governar-se a si próprios.

"Governo do povo, para o povo e pelo povo" nunca existiu. O que conhecemos foi governo dos inarticulados pelos vocais. As palavras jorram mais livremente dos homens que se sentem ocos por dentro. As suas tentativas de mover as massas são esforços inconscientes de se convencerem a si próprios. Anseio pelo dia em que seremos governados pelos esforços voluntários, a tempo parcial, de homens que aprenderam a viver.

O primeiro-ministro de uma das nossas possessões do império é cirurgião em exercício. Isto encarna o evangelho de Platão: que os homens, tendo-se ajustado à vida, se ofereçam voluntariamente ao serviço do Estado. Isto já é feito por muitos excelentes e humildes responsáveis do poder local. Alegar que é feito em Westminster é uma mentira grosseira. Os homens entram no parlamento vindos da indústria para apoiar as exigências da indústria. Na ala esquerda, os representantes do povo são patrocinados pelos sindicatos, que reclamam e mantêm a sua lealdade.

Reconheço que há imensas dificuldades a obstruir o caminho destas reformas desejáveis. O bom artista, médico ou engenheiro não abandonará de bom grado a satisfação da sua vocação para passar anos infrutíferos a arrastar-se pelas áridas alamedas da burocracia. O Estado deve ser permanentemente organizado para usar a sabedoria e o equilíbrio de toda a inteligência — e sanidade — atualmente não representadas, de que dispõe. Argumenta-se que isto é impraticável, mas tais argumentos provêm sobretudo de descendentes da burocracia, frios e interiormente trémulos.

No entanto, em tempo de guerra recrutam-se homens de sabedoria, experiência e visão para derrubar sistemas de governo de tempo de paz, rígidos e inelásticos, porque atraem naturezas intrinsecamente hesitantes e tímidas. O mundo está doente porque nunca usou a coragem e a tolerância que contém. Está a morrer de medo e de fanatismo — sobretudo de medo, já que o fanatismo não é, afinal, mais do que o traje domingueiro do terror.

Como homens, tememos muito. Acima de tudo, tememos a liberdade. O que implica a liberdade? Os políticos risivelmente ingénuos dizem-nos que significa o direito de adorar Deus como se quiser, de pensar como nos apetecer, de dizer o que bem entendermos. Não prescindiríamos dessas excelentes superficialidades. Em Inglaterra, não nos preocupamos excessivamente com a adoração de Deus, exceto quando somos ameaçados com a perda daquilo que nunca desejámos. Não pensamos muito. Afinal, ser cavalheiros é a nossa

primeira ambição. Sempre dissemos o que nos apeteceu. Ninguém nos impedirá. Os méritos relativos de Hobbs e Sutcliffe não têm significado político.

A nossa estrutura social está construída sobre os farrapos de crenças gastas. Uns são por Deus, outros pelo Estado, outros por cultos políticos particulares. Nenhum é pelo homem. Continuamos mal vestidos com os trapos desbotados da teologia. Enfeitamo-nos com fitas políticas ou com o traje brilhante das novas barbáries. Quer vivamos em democracias quer sob ditaduras, colamo-nos do mesmo modo a rótulos. Não conseguimos encarar a ideia de que a vida é desprovida de propósito, a não ser que cada um de nós lhe dê o seu significado individual.

As pessoas acham difícil acreditar que a juventude nazi pudesse desfilar pelas ruas a gritar: "Cuspimos na liberdade." Isto exemplifica não tanto a loucura como a cobardia do homem. Os homens odeiam a liberdade porque é um estado demasiado responsável. Implica pensamento. Os primeiros caminhos do pensamento atravessam os horrores do vazio. Não sabemos de onde vimos nem para onde vamos. Falha-nos a coragem. É mais fácil voltar atrás, apoiados em Deus ou em Adolf Hitler. Fomos longe demais. Atrás de nós está a autoilusão; à frente, o oceano inexplorado do nosso mergulho na liberdade. Hesitamos. As nossas almas dividem-se. Existimos em conflito. Assim, adoecemos.

Dir-se-á que o homem, em liberdade, precisará de leis e restrições; que o sistema social do futuro terá de ser organizado tanto quanto este o é. Concordo. Precisará de leis — leis implacáveis — para refrear naturezas doentes e decadentes que, pela sua ânsia de adquirir e pela sua autoafirmação, nos trouxeram a este impasse. Mas, acima de tudo, a ordem do futuro deve permitir ao homem mais repouso nesses canais sensoriais de que hoje desfruta tão pouco.

Somos frustrados por conceções falsas de vida impostas pelo estado neurótico dominante da ordem social. Estamos rodeados de sol, ar e beleza. O sol e o ar fortalecem-nos para labores sem sentido. A beleza é algo que compramos como recompensa, tal como uma criança compra doces. Maltratámos as bênçãos da vida até que se tornaram meros meios para um fim, ou símbolos vazios. Não concedemos à beleza da existência a reverência adequada da nossa entrega total. Distorcemos a vida, e agora ela mutila-nos.

Mas, acima de tudo, nós, enquanto médicos, devemos insistir em desempenhar um papel maior na cura de um mundo doente. Os homens têm sido escravos de ideias. Essas ideias foram muitas vezes produtos de mentes com pouco conhecimento dos homens. As alternativas bárbaras modernas são

fabricadas por almas doentes, para quem a manipulação implacável dos homens é o único sedativo. A vida futura deve ajustar-se não a ideias sobre os homens, mas à natureza do homem e às suas necessidades primitivas.

Os "homens do mundo", essa estranha camarilha dedicada a manter o seu pequeno mundo à custa do dos outros, argumentarão que o governo por peritos é anátema para homens sensatos. Os únicos peritos que conheceram foram académicos. Nós somos os estudantes do homem e a nós deveria ser confiado o seu destino. Aos sacerdotes e políticos foi concedido um período de dois mil anos de experiência sangrenta. A nossa arte funda-se na compaixão e no realismo. Devíamos fazer melhor do que os teóricos abstratos. Aos sacerdotes e aos políticos foi concedido um período de dois mil anos de experiência sangrenta. A nossa arte funda-se na compaixão e no realismo. Deveríamos ser capazes de fazer melhor do que os teóricos abstratos, cujas doutrinas, alimentadas pela autoafirmação e pela ânsia de aquisição, nos trouxeram a este impasse presente.

Mas, acima de tudo, a ordem do futuro deve permitir ao homem mais repouso nesses canais sensoriais de que hoje usufrui tão pouco. Somos frustrados por conceções falsas da vida que nos são impostas pela neurose dominante da ordem social. Estamos rodeados de sol, ar e beleza. O sol e o ar fortalecem-nos para labores sem sentido. A beleza é algo que compramos como recompensa, tal como uma criança compra doces. Maltratámos as bênçãos da vida até que não passam de meios para um fim ou de símbolos vazios. Não concedemos à beleza da existência a reverência adequada da nossa entrega total. Distorcemos a vida e agora ela mutila-nos.

Mas, acima de tudo, nós, enquanto médicos, devemos insistir em desempenhar um papel central na cura de um mundo doente. Os homens têm sido escravos de ideias. Essas ideias foram frequentemente produto de mentes com pouco conhecimento dos homens. As alternativas bárbaras modernas são fabricadas por almas doentes, para quem a manipulação implacável dos homens é o único sedativo. A vida futura deve ajustar-se não a ideias sobre os homens, mas à natureza do homem e às suas necessidades primitivas.

Os "homens do mundo", essa estranha camarilha dedicada à manutenção do seu pequeno mundo à custa do dos outros, argumentarão que o governo por peritos é um anátema para homens sensatos. Os únicos peritos que conheceram foram académicos. Nós somos os estudantes do homem e a nós deveria ser confiado o seu destino. Aos sacerdotes e aos políticos foi concedido um período de dois mil anos de experiência sangrenta. A nossa arte funda-se na compaixão e no realismo. Devíamos fazer melhor do que os teóricos abstratos.